COLEGIO ARGENTINO DE
CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS

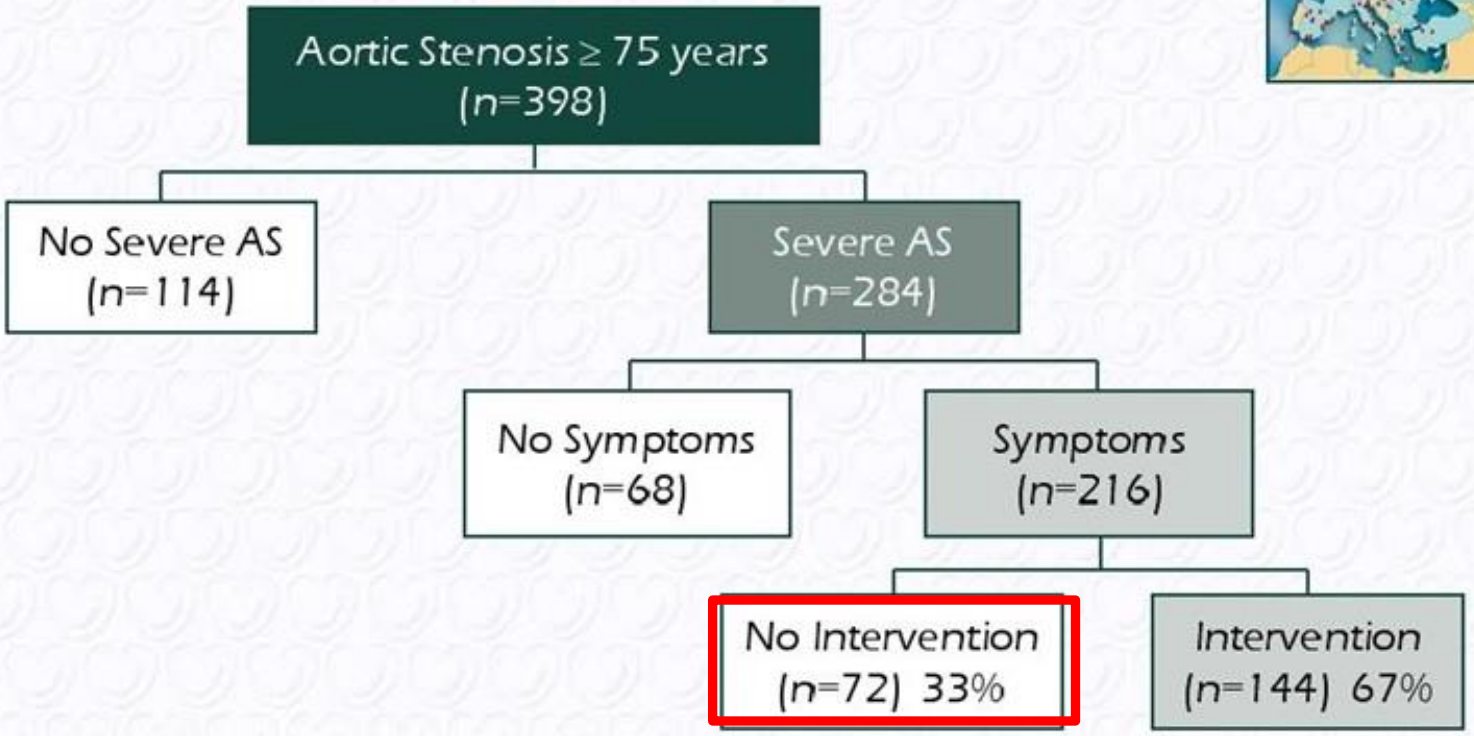
CACI

5º JORNADA CACI
PARA FINANCIADORES
Y AUDITORES MÉDICOS

Realidad del Tratamiento percutáneo de la Valvulopatía Aórtica y Mitral en Argentina

Dr. Aníbal Damonte (damontea@icronline.com)
Director, Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Instituto Cardiovascular de Rosario,Rosario, Argentina
Ex Presidente Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI)
Vice presidente de SOLACI

Current Management of Severe Symptomatic AS in the Elderly



lung et al. *Eur Heart J* 2005;26:2714-2720

Clarín SOCIEDAD

NOVEDOSA TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA

Cambian una válvula cardíaca sin hacer cirugía

Por primera vez en el país

COMENTARIOS

26/03/2009 - 0:00
Clarín.com | Sociedad

Por primera vez en la Argentina se realizó ayer, en el Hospital Fernández, el primer reemplazo de válvula aórtica mediante cateterismo, o sea, sin cirugía del corazón. Otras intervenciones se realizarán entre hoy y mañana en la Fundación Favaloro, el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) y el Hospital Italiano. En todos los casos, los especialistas son acompañados por el doctor Eberhard Grube, jefe del Departamento de Cardiología y Angiología del Centro del Corazón de Siegburg, Alemania, uno de los profesionales con mayor experiencia en este procedimiento.Por el

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2017) 38, 2739–2786
doi:10.1093/eurheartj/ehx391

CACI

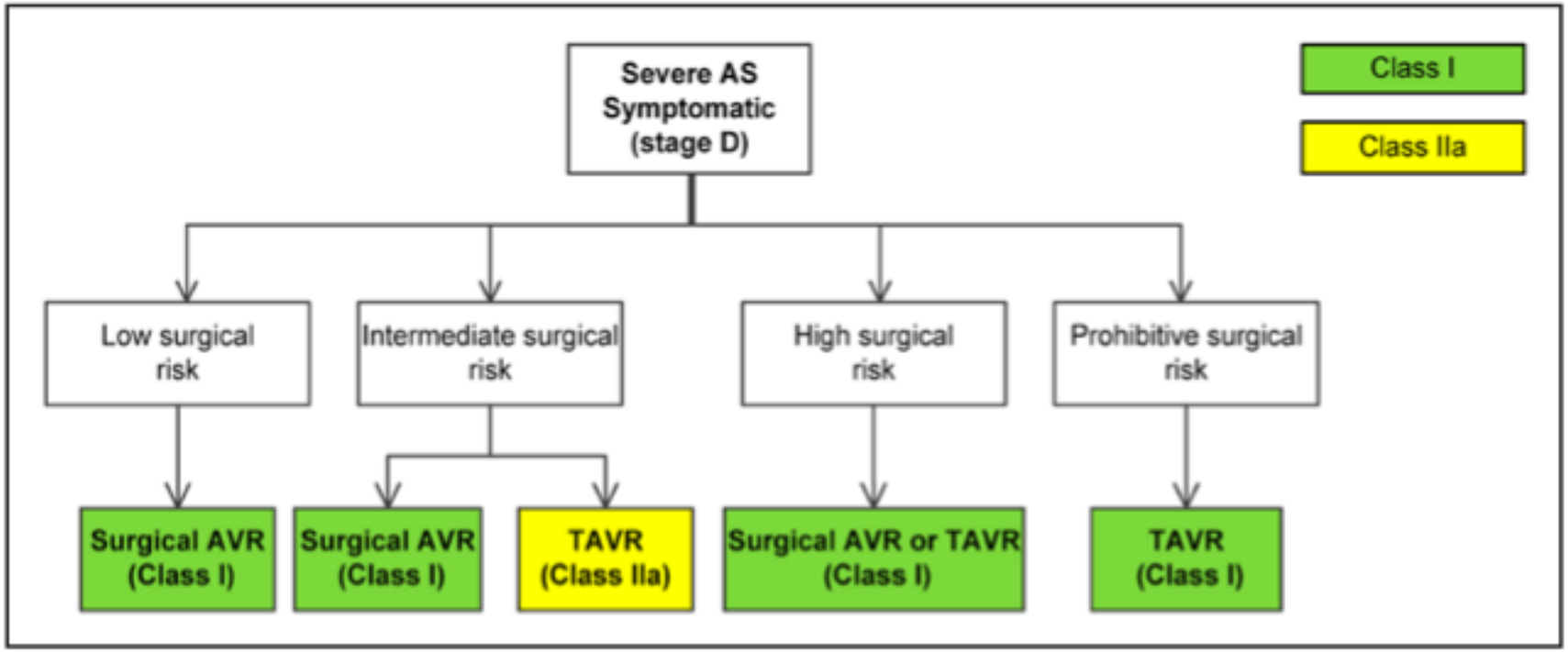
2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

The Task Force for the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

B) Choice of intervention in symptomatic aortic stenosis		
Aortic valve interventions should only be performed in centres with both departments of cardiology and cardiac surgery on site and with structured collaboration between the two, including a Heart Team (heart valve centres).	I	C
The choice for intervention must be based on careful individual evaluation of technical suitability and weighing of risks and benefits of each modality (aspects to be considered are listed in *Table 7*). In addition, the local expertise and outcomes data for the given intervention must be taken into account.	I	C
SAVR is recommended in patients at low surgical risk (STS or EuroSCORE II < 4% or logistic EuroSCORE I < 10%[d] and no other risk factors not included in these scores, such as frailty, porcelain aorta, sequelae of chest radiation).[93]	I	B
TAVI is recommended in patients who are not suitable for SAVR as assessed by the Heart Team.[91,94]	I	B
In patients who are at increased surgical risk (STS or EuroSCORE II ≥ 4% or logistic EuroSCORE I ≥ 10%[d] or other risk factors not included in these scores such as frailty, porcelain aorta, sequelae of chest radiation), the decision between SAVR and TAVI should be made by the Heart Team according to the individual patient characteristics (see *Table 7*), with TAVI being favoured in elderly patients suitable for transfemoral access.[91,94–102]	I	B
Balloon aortic valvotomy may be considered as a bridge to SAVR or TAVI in haemodynamically unstable patients or in patients with symptomatic severe aortic stenosis who require urgent major non-cardiac surgery.	IIb	C
Balloon aortic valvotomy may be considered as a diagnostic means in patients with severe aortic stenosis or other potential causes for symptoms (i.e. lung disease) and in patients with severe myocardial dysfunction, pre-renal insufficiency or other organ dysfunction that may be reversible with balloon aortic valvotomy when performed in centres that can escalate to TAVI.	IIb	C

2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines

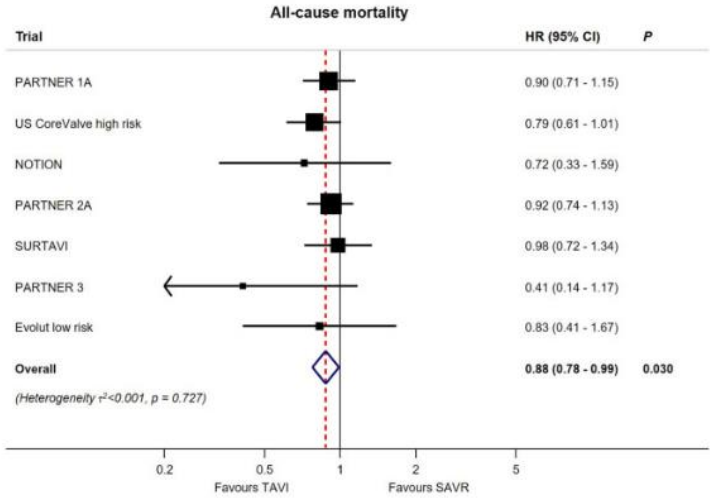


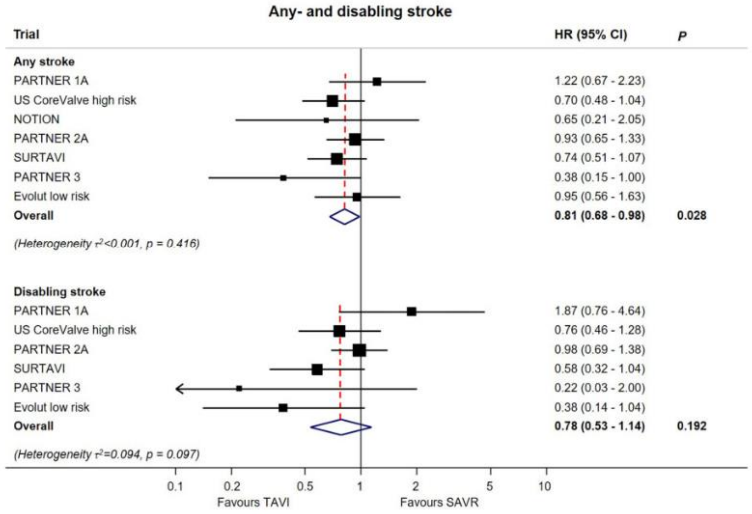
ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2019) **40**, 3143–3153
doi:10.1093/eurheartj/ehz275

CACI

Transcatheter aortic valve implantation vs. surgical aortic valve replacement for treatment of symptomatic severe aortic stenosis: an updated meta-analysis

George C.M. Siontis[1†], Pavel Overtchouk[1†], Thomas J. Cahill[2†], Thomas Modine[3], Bernard Prendergast[4], Fabien Praz[1], Thomas Pilgrim[1], Tatjana Petrinic[5], Adriani Nikolakopoulou[6], Georgia Salanti[6], Lars Søndergaard[7], Subodh Verma[8], Peter Jüni[9], and Stephan Windecker[1*]



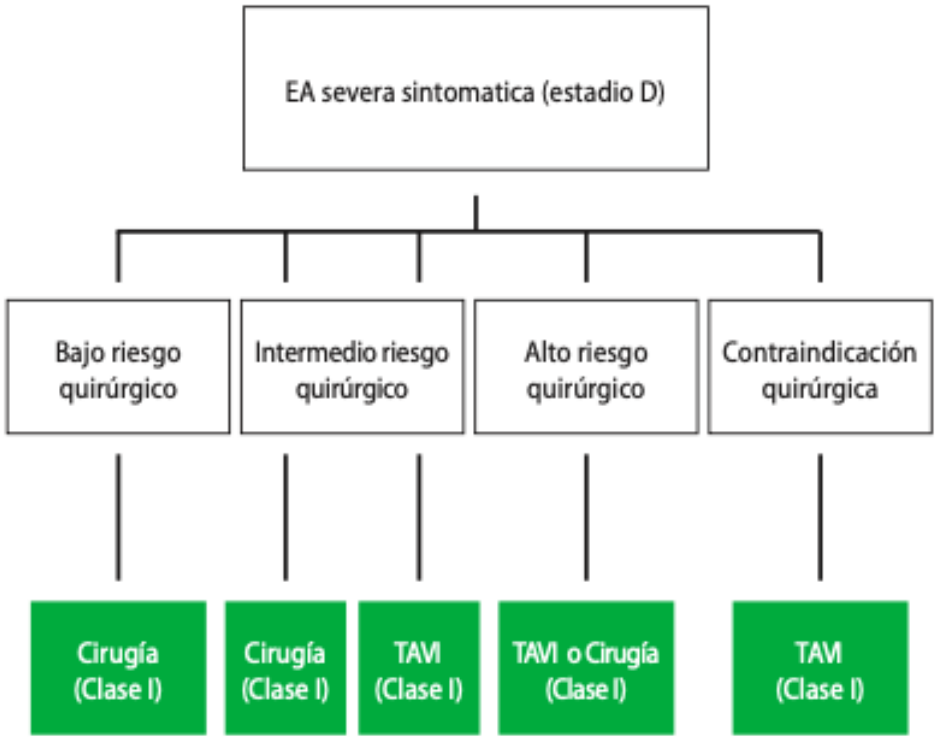


Actualización 2019 del Consenso sobre Implante Valvular Aórtico Percutáneo del Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas

Up Date 2019 Consensus CACI on Percutaneous Aortic Valve Implantation

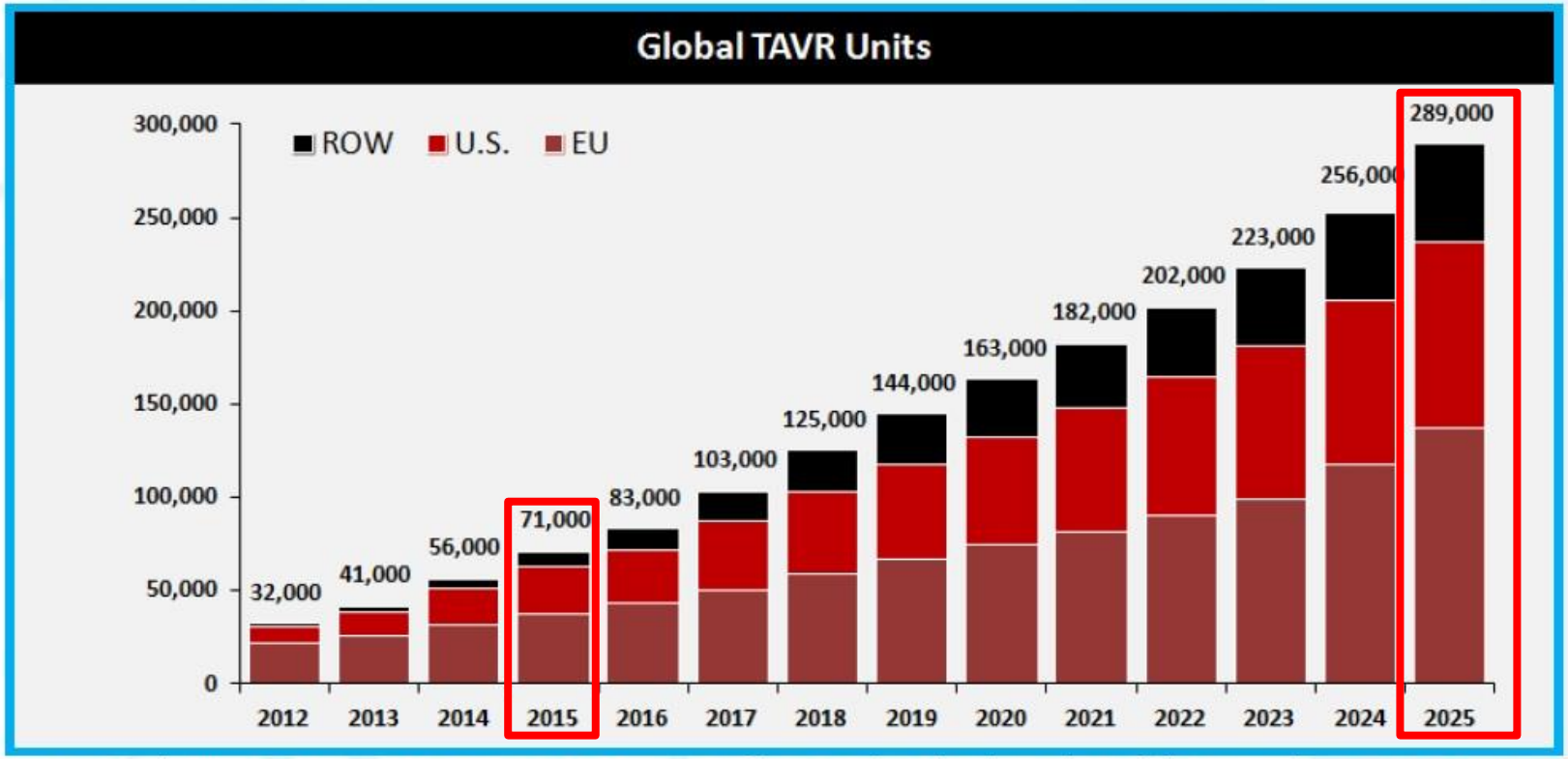
Autores: Marcelo Abud, Carla Agatiello, Alfonsina Candiello, Aníbal Damonte, Carlos Fava, Diego Grinfeld, Juan Mieres, Juan Valle Raleigh, Ignacio M. Seropian, Matías Sztejfman

Comité Revisor: Dr José A. Alvarez, Dr Jorge A Baccaro, Dr Daniel Berrocal, Dr Fernando Cura, Dr Alejandro Cherro, Dr Arturo Fernández Murga, Dr José Gómez Moreno, Dr Hugo Londero, Dr Oscar A. Mendiz, Dr Juan Manuel Ponce, Dr Ernesto Torresani y Dr



Clínicos	Anatómicos o técnicos
STS/EuroSCORE II ≥4 o EuroSCORE-log ≥10	Acceso femoral favorable
Severas comorbilidades (no reflejadas en los scores)	Secuelas de radiación torácica
Edad ≥75 años	Aorta de porcelana
Cirugía cardíaca previa	Bypass con riesgo en esternotomía
Fragilidad	Mismacht paciente-prótesis esperado
Restricción de la movilidad o rehabilitación	Severa deformación del tóraх o escoliosis

RACI 2019;10(4):150-169



SOURCE: Credit Suisse TAVI Comment –January 8, 2015. ASP assumption for 2024 and 2025 based on analyst model. Revenue split assumption in 2025 is 45% U.S., 35% EU, 10% Japan, 10% ROW

In the next 10 years, TAVR growth will increase X4!

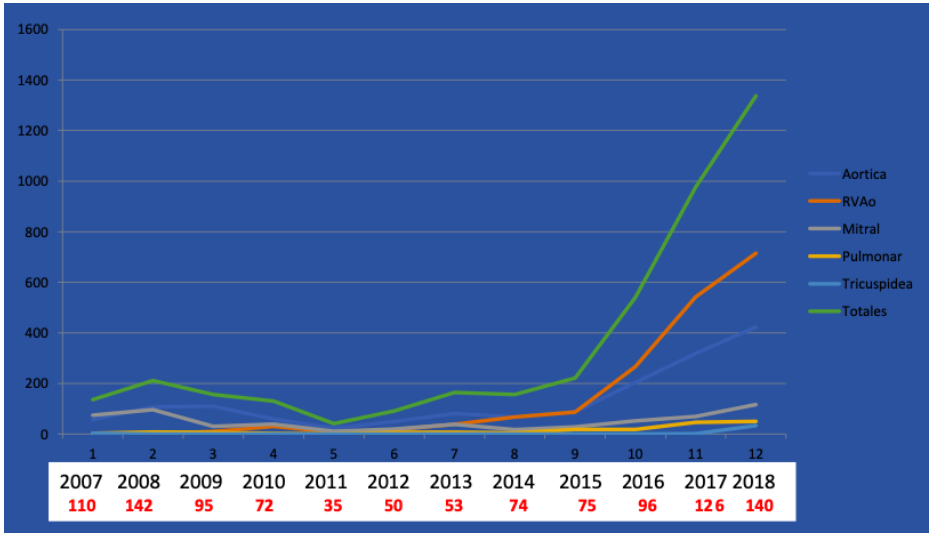
M.B Leon TVT Chicago 2015

COLEGIO ARGENTINO DE CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS

XXIX CONGRESO NACIONAL CACI2019 Pilar

REGISTRO VOLUNTARIO CACI
PROCEDIMIENTOS GENERALES
AÑO 2018

	TERAPEUTICA EN VALVULOPATIAS ADQUIRIDAS				
Aortica	RVAo	Mitral	Pulmonar	Tricuspidea	Totales
56	0	74	3	3	136
107	0	96	8	0	211
110	10	30	6	0	156
59	30	39	2	0	130
23	7	11	0	0	41
49	17	19	6	0	91
81	38	38	7	0	164
68	67	17	4	0	156
88	87	28	18	0	221
204	266	52	18	0	540
318	542	69	46	1	976
423	715	116	50	33	1337



2019: 1104 TAVI

22 / 1.000.000 habitantes

83 centros informaron haber realizado TAVI en 2018
54,6% de los centros participantes en el Registro

Número de TAVI 2018	Número de Centros
1 - 5	48
6 - 10	16
11 - 20	08
21 - 40	09
> 41	02

Transcatheter implantation of aortic valve bioprosthesis: changing paradigms

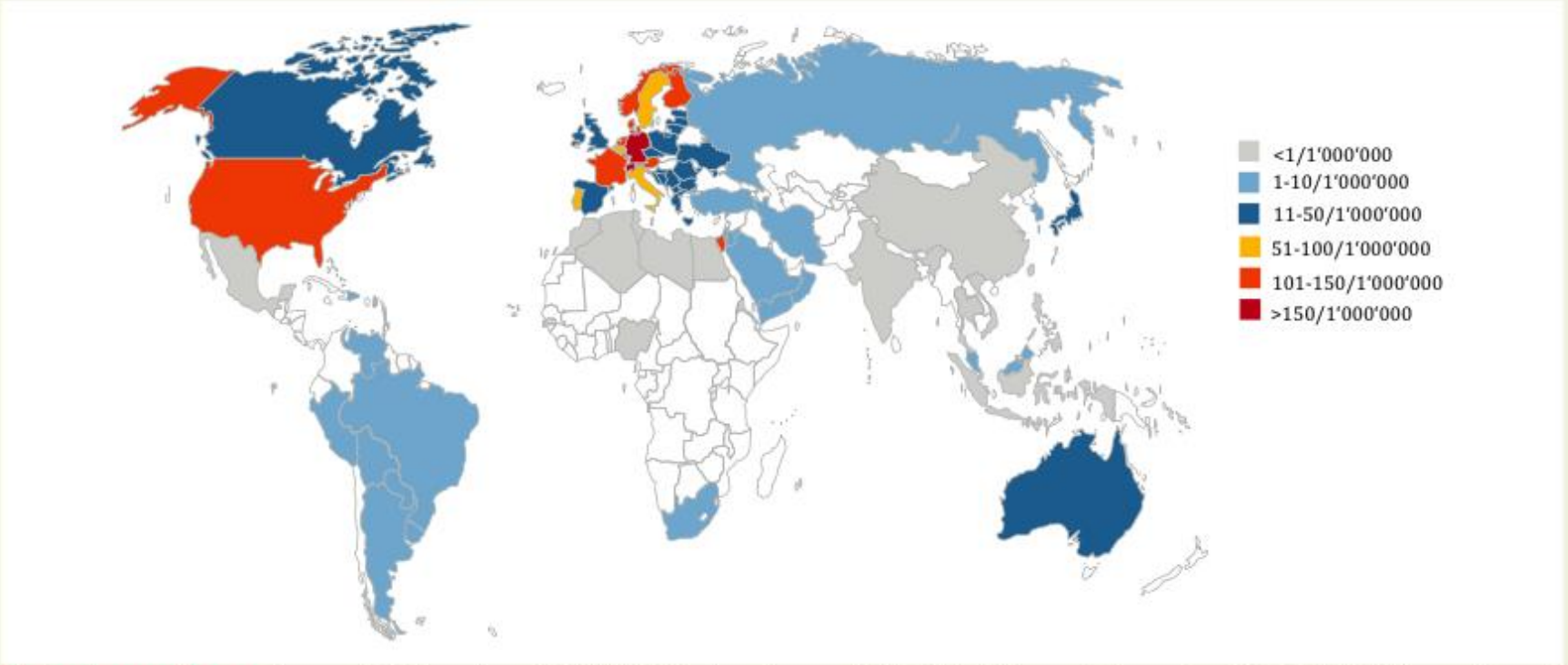
In Brasil, aortic valve implantations by catheter started being used in January 2008 and, despite the lack of coverage by public and private health systems, we have seen a significant increase in the use of this treatment in the country. It is estimated that, in 2019, approximately 2,000 TAVIs will be conducted in Brasil. This number, which represents approximately ten TAVIs for every million inhabitants per year, is still minimal compared to some European countries or the United States, where 100 to 150 for every million inhabitants take place per year. This represents a considerable challenge, since the vast majority of institutions in Brasil have less than ten procedures per year and, therefore, are still learning the method. In a recent international multicenter publication that included Brazilian data, we found that for an institution can achieve excellence, at least 50 cases per year are required.[3] Less than five medical centers in Brasil have that number.

ESC European Society of Cardiology
European Heart Journal (2018) **39**, 2643–2645
doi:10.1093/eurheartj/ehy228

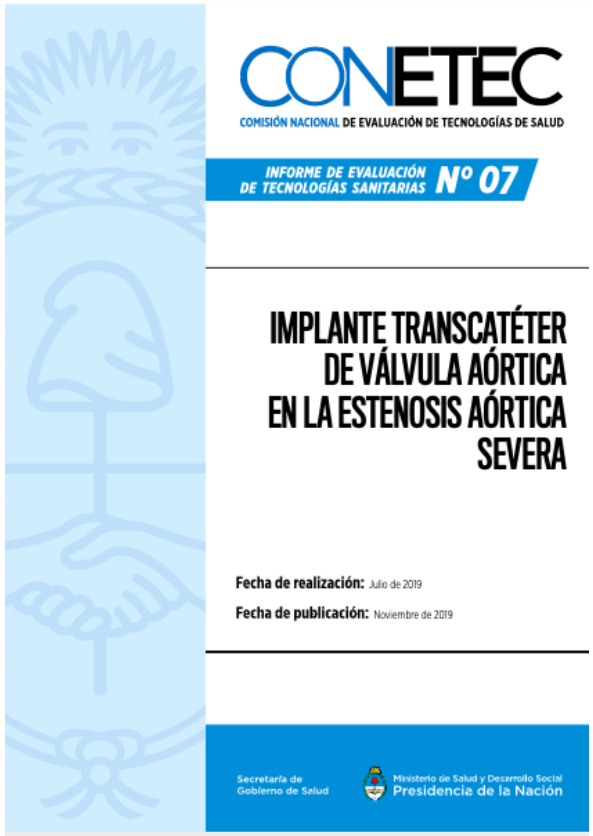
CACI

Expansion of transcatheter aortic valve implantation: new indications and socio-economic considerations

Thomas Pilgrim and Stephan Windecker*



Take home figure Geographical dispersion of TAVI. TAVI implantation per 1 000 000 inhabitants. Estimates for Q1–Q4 2017 (Western Europe) or Q4 2016–Q3 2017 (all other regions) including moving annual total (MAT) data. Data are subject to end of year adjustment. Source: BIBA Medical.



RECOMENDACIONES

Al evaluar la evidencia disponible sobre TAVI, y el posible impacto de su incorporación de acuerdo al marco de valor establecido, se concluye que existe evidencia de moderada calidad que muestra que la magnitud del beneficio clínico sería mayor para el grupo de pacientes con estenosis aórtica severa inoperables, con impacto en la mortalidad, mientras que para los demás niveles de riesgo, evidencia de baja calidad muestra que la magnitud del beneficio clínico sería menor, y no tendría impacto en la mortalidad.

El impacto económico de la incorporación de la tecnología se consideró no favorable; el impacto en la equidad se calificó como negativo y el impacto en la salud pública se consideró como probablemente negativo, para todos los niveles de riesgo.

Considerando la falta de beneficios en puntos críticos, la falta de evidencia en cuanto a durabilidad y el potencial alto impacto económico, la Mesa Decisora:

- Recomienda la incorporación de TAVI SOLO para el grupo de pacientes de inoperables.
- NO recomienda la incorporación de TAVI para el resto de los grupos de riesgo.
- Recomienda definir las características con las que deberán cumplir los establecimientos de salud autorizados para realizar TAVI, de acuerdo con estándares de calidad, y los requisitos que deberán cumplir los profesionales que realicen la prescripción y lleven a cabo el procedimiento.

Clarín SOCIEDAD

Salud

Cirugía cardíaca: polémica por una resolución que limita el uso de una técnica no invasiva

08/12/2019 - 18:48
Clarín.com I Sociedad

El Implante Transcatéter de Válvula Aórtica (TAVI) tiene **quince años de historia.** Y desde hace diez años se implementa en Argentina. Al principio, debido a que se la veía como una técnica experimental, había muy pocos pacientes con estenosis aórtica (mal funcionamiento de la válvula) que podían acceder a ella. Sin embargo, eso con los años fue cambiando. Y con el avance de la tecnología y la amplitud de estudios clínicos que probaban su eficacia, el TAVI comenzó a ser utilizado cada vez más en todo el mundo, al punto de ser considerada en algunos países como la técnica de cabecera para el reemplazo valvular, por sobre la cirugía tradicional "a corazón abierto".

No obstante, a pesar de demostrar beneficios en la recuperación del paciente, además de ser menos riesgosa, la técnica TAVI continuó siendo, en Argentina, mucho menos implementada que la cirugía de reemplazo valvular tradicional, principalmente, debido a sus **costos elevados**. Esto es hoy motivo de disputa entre Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI) y la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (Conetec), que acaba de publicar un informe en el que recomienda **restringir el uso de esta técnica.**

COLEGIO ARGENTINO DE
CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Análisis del informe de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud sobre el implante transcatéter de la válvula aórtica

Analysis of the National Board of Health Technology Assessment Report on Transcatheter Aortic Valve Implantation

DIEGO GRINFELD[1], PABLO LAMELAS[1], ANÍBAL DAMONTE[1], RUTH HENQUIN[1], ARIEL IZCOVICH[1], RUBÉN KEVORKIAN[1], ALEJANDRO CHERRO[1]

Rev Argent Cardiol 2020;88:80-82. http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.17187

Dirección para separatas: Colegio Argentino de Cardiangiólogos Intervencionistas - Viamonte 2146, Piso 6 - 1056 CABA, Argentina - E-mail: secretaria.s@caci.org.ar

[1] Grupo Consenso del Implante Valvular Aórtico Percutáneo del Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas

COLEGIO ARGENTINO DE CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS

CACI

Argentinean Registry TAVR: 35 Institutions

CORDOBA

- SANATORIO ALLENDE
- HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD
- FUSAVIM
- HOSPITAL DE CORDOBA
- SANATORIO VELEZ SARSFIELD
- CLINICA SUCRE

SANTA FE

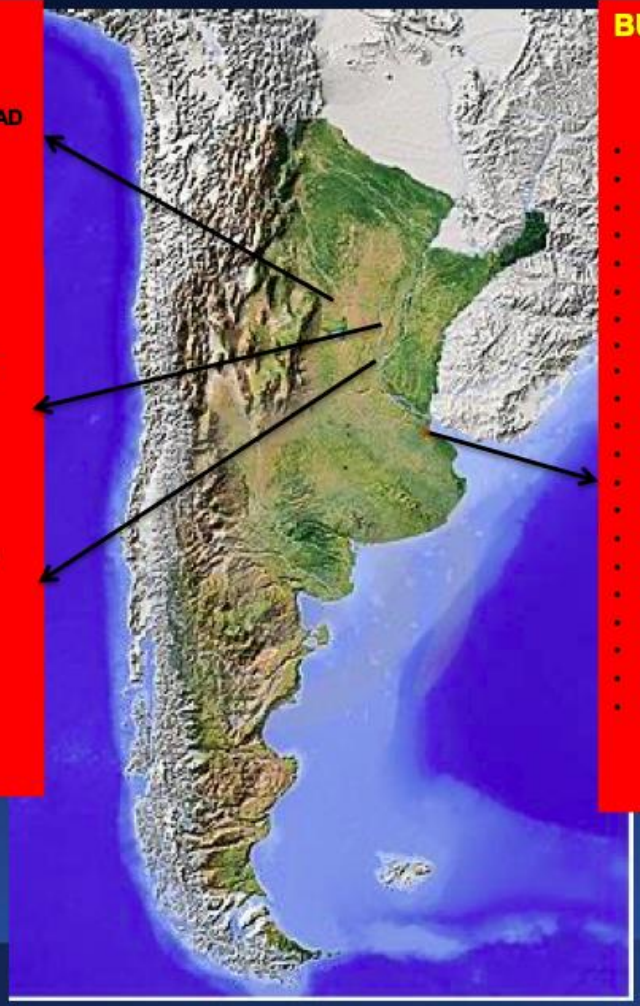
- INSTITUTO DE DIAGNOSTICO SANTA FE
- SANATORIO GARAY

ROSARIO

- INSTITUTO CARDIOVASCULAR ROSARIO
- SANATORIO PLAZA
- HOSPITAL ITALIANO

CORRIENTES

- INSTITUTO DE CARDIOLOGIA CABRAL



BUENOS AIRES

- FUNDACION FAVALORO
- HOSPITAL ALEMAN
- HOSPITAL BRITANICO DE BS AS
- HOSPITAL ESPAÑOL DE BS AS
- HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA
- HOSPITAL JUAN A FERNANDEZ
- HOSPITAL ITALIANO DE BS AS
- INSTITUTO CADIOVASCULAR DE BS AS
- INSTITUTO MOD. DE ALTA COMPLEJIDAD
- ANATORIO BURZACO
- SANATORIO GUEMES
- SANATORIO OTAMENDI
- HOSPITAL DEL CRUCE
- HOSPITAL DEL SUR BAHIA BLANCA
- CLINICA SAN CAMILO
- CLINICA ADVENTISTA
- CLINICA SAGRADA FAMILIA
- INSTITUTO FLENI
- SANATORIO LAS LOMAS
- SANATORIO TRINIDAD PALERMO
- HOSPITAL UNIVERSITARIO UAI

In Partnership with the ACC tct2014

Columbia University Medical Center
NewYork-Presbyterian

Realidad del TAVI en Argentina

- Escasa penetración de la práctica en relación a otras regiones, a pesar de un fuerte cuerpo de evidencia.
- Escaso reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias del impacto clínico del TAVI.
- Numerosos centros con escaso volumen de procedimientos.
- Ausencia de datos que reflejen los resultados clínicos del TAVI a nivel nacional.
- Costo de los dispositivos en nuestro país.

Desafíos del TAVI en Argentina

- Instrumentar las herramientas que faciliten el acceso a TAVI a un número de pacientes significativamente mayor.
- Proporcionar a las autoridades sanitarias, financiadores de salud, auditores, resultados clínicos del TAVI en nuestro país. (Registros)
- Promover políticas para reducir los impuestos a las prótesis TAVI.
- Concientizar sobre los costos asociados a la cirugía de RVAo, (internaciones prolongadas, rehabilitación cardiovascular, reinternaciones)

EuroIntervention 2016;12:e938 published online e-edition October 2016

NEWS

- Boost your career on LinkedIn! EAPCI is proud of its very active online communities: discover them now, extend your professional network and benefit the most from these communities! www.escardio.org/eapci
- Did you miss the general cardiology webinar on multidisciplinary Heart Team discussion on how to manage a patient with dyspnoea with Professors Irene Lang, David Jimenez and Hervé Mal, and Dr Philippe Meyer? Watch it now online and for free at: http://www.escardio.org/Education/E-Learning/Webinars/General-cardiology/heart-team-discussion
- Watch the EAPCI webinar recording on "Coronary and structural catheterization procedures in patients on oral anticoagulation: best practice and what is the role of antidotes" with Prof. Harald Darius and Dr Jorge Ferreira.
- Free access at http://www.escardio.org/Education/E-Learning/Webinars/Interventional-cardiology/coronary-and-structural-catheterization-procedures

EAPCI Focus on the EAPCI Valve for Life initiative update

Adam Witkowski, Martine Gilard Chair, and co-chair, respectively, of the EAPCI Valve for Life Committee

Adam Witkowski Chair of the EAPCI Valve for Life Committee

Martine Gilard Co-chair of the EAPCI Valve for Life Committee

France and Poland were the first two countries to benefit from the new EAPCI initiative Valve for Life. This programme is addressed to ESC member countries with a lower penetration of transcatheter valve interventions. The long-term strategy is to increase transcatheter treatment of severe valvular heart diseases by 20% by 2020. Thanks to the EAPCI's financial support in Poland under the umbrella of the Association on Cardiovascular Interventions of the Polish Cardiac Society, the Valve for Life public media campaign in 2015 focused on TAVI. Co-ordinated by Dariusz Dudek and Adam Witkowski, a public campaign and other important activities (e.g., special sessions with invited medical authorities and journalists dedicated to the development and funding of transcatheter valve technologies held at major cardiology meetings) were successfully launched – resulting in a substantial increase in TAVI procedures from 452 in 2014 to 670 in 2015, increasing the TAVI penetration per million inhabitants from 12 to 17. Growth in TAVI in Poland was higher (48%) than the 20% predicted by the EAPCI up to 2020! Using traditional and social media to focus on patients aged 75+ and their families, we reached more than 11 million Polish citizens, all the while much improving their awareness of TAVI.

In France, the number of implanted valves for aortic stenoses is increasing constantly, e.g., from 150 in 2006 to 5,500 in 2014. However, when compared to other European countries such as Switzerland or Germany, the percentage of implanted patients is still lower in France. Similarly, the percutaneous treatment of mitral regurgitation is very low. One obstacle is the limited number of reimbursements. Thanks to EAPCI financial support, we plan to maintain two registries to show to the French health authorities the real number of patients who are in need of TAVI or mitral percutaneous treatment.

1) For TAVI, we plan to conduct a prospective registry during September and October 2016 (in the 45 implant centres) which will include all patients hospitalised for aortic valve stenoses. Baseline data and allocated treatment (surgery, TAVI or medical treatment) and one-year survival information will be analysed. Regional meetings will be organised among interventional cardiologists and general practitioners to explain TAVI indications better. These meetings will be organised in each region where the prospective registry will illustrate discrepancies between the number of aortic stenosis patients and the number of TAVIs performed.

2) Regarding mitral percutaneous treatment, we plan to conduct a prospective registry during a two-year period in the implant centres (MitraClip, percutaneous valve implantation, etc.) between September 2016 and September 2018 in order to illustrate the real number of patients requiring percutaneous mitral treatment in case of primary or secondary MR.

EAPCI, in co-operation with industry partners, will further continue its efforts to promote aortic and mitral valve transcatheter procedures within Europe.

This initiative has been made possible thanks to an educational grant from Edwards Lifesciences, Abbott Vascular and Medtronic.

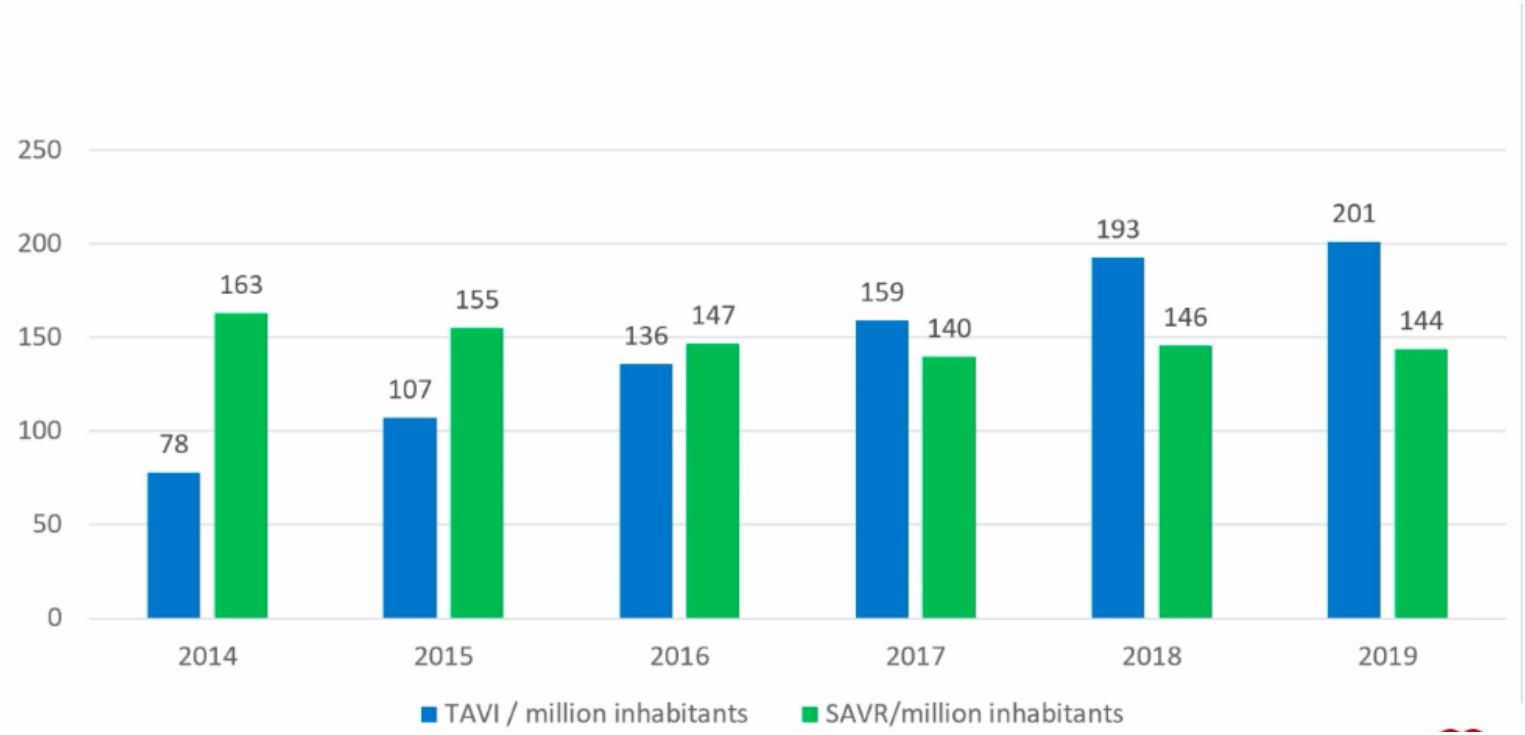
Valve for Life @ PCR London Valves 2019

An EAPCI initiative

Valve for Life in action: France

EAPCI

TAVI



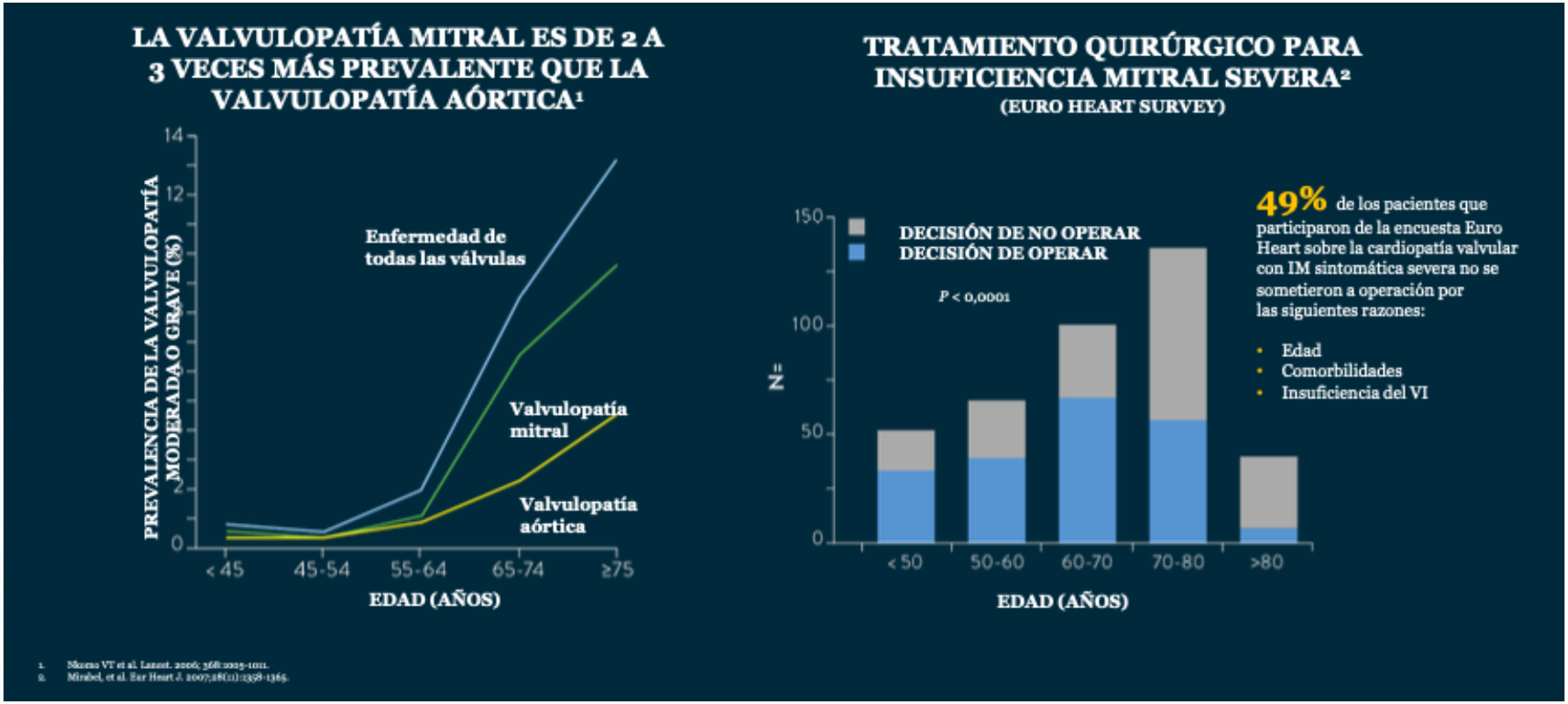
COLEGIO ARGENTINO DE
CARDIOANGIÓLOGOS INTERVENCIONISTAS

CACI

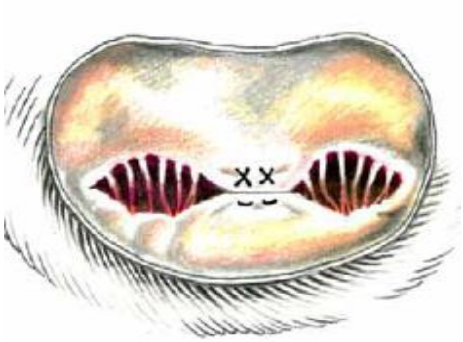
5º JORNADA CACI
PARA FINANCIADORES
Y AUDITORES MÉDICOS

Realidad del Tratamiento percutáneo de la Valvulopatía Aórtica y Mitral en Argentina

Insuficiencia Mitral: Prevalencia y Magnitud del problema



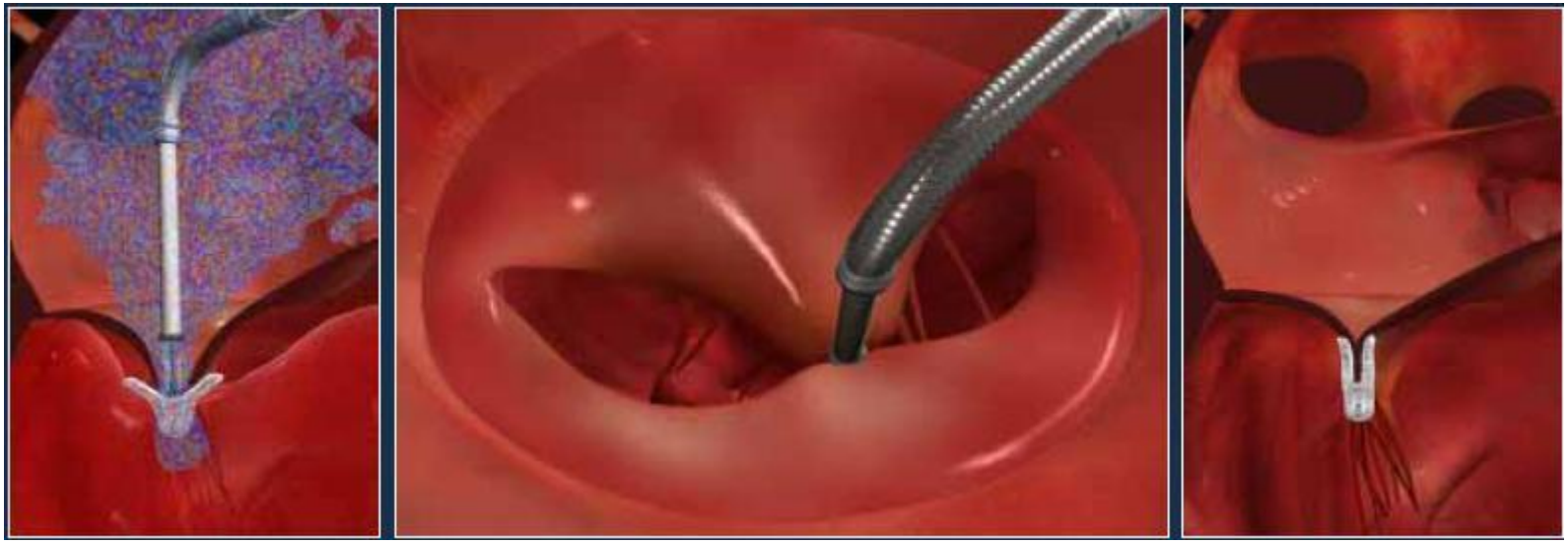
- Una de las técnicas quirúrgicas para la reparación de la válvula mitral, consiste en la aproximación de ambas valvas a través de una sutura, para crear un doble orificio.[2]



- Este procedimiento ha sido descripto para el tratamiento de la IM degenerativa.
- Pacientes seleccionados tratados con esta técnica han presentado resultados favorables en el seguimiento alejado.[3]

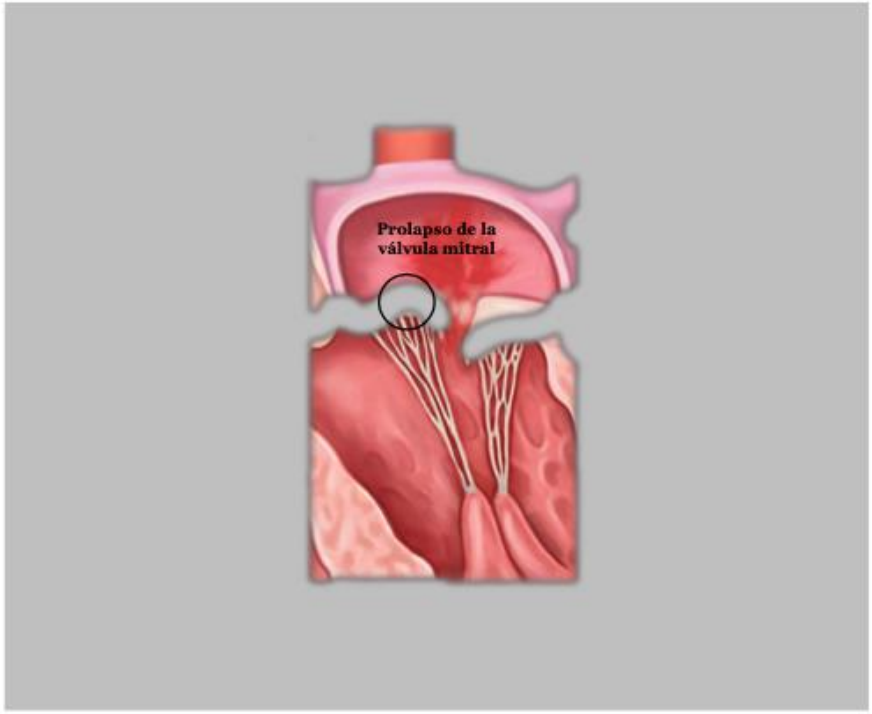
[2]Alfieri, JTCS 2001 [3]Maisano, EuroInt 2006

- Una alternativa percutánea para la reparación de la IM severa, basada en el mismo principio fue desarrollada a través de un dispositivo mecánico (MitraClip, Abbott Vascular) que desde un acceso transseptal aproxima y aferra los bordes de ambas valvas creando un doble orificio, reduciendo significativamente la severidad de la IM.[4]



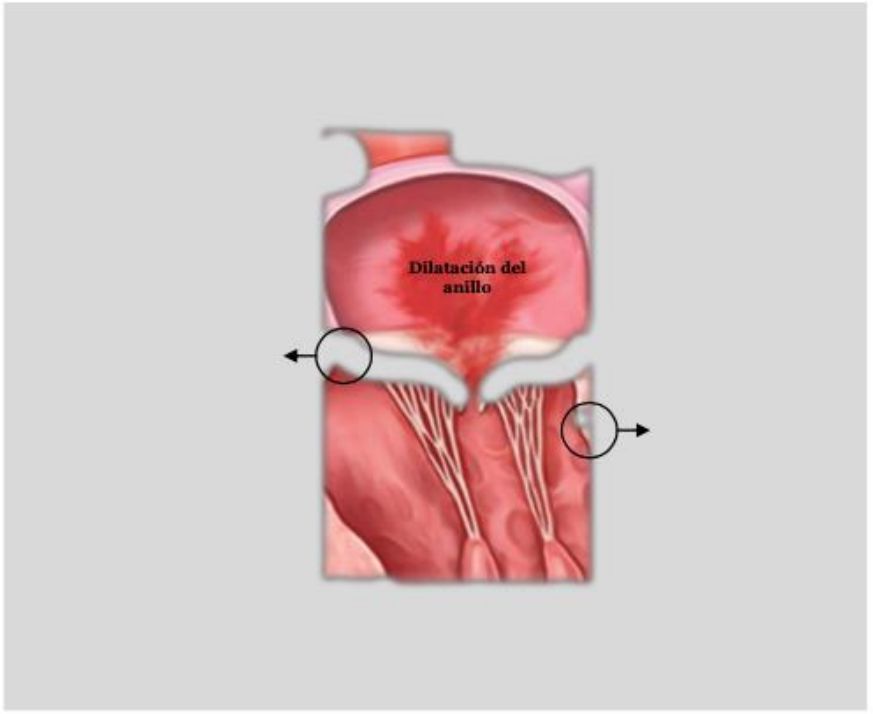
[4] Feldman T, EVEREST phase I; JACC 2005

Degenerativa



Insuficiencia mitral causada por valvulopatía

Funcional

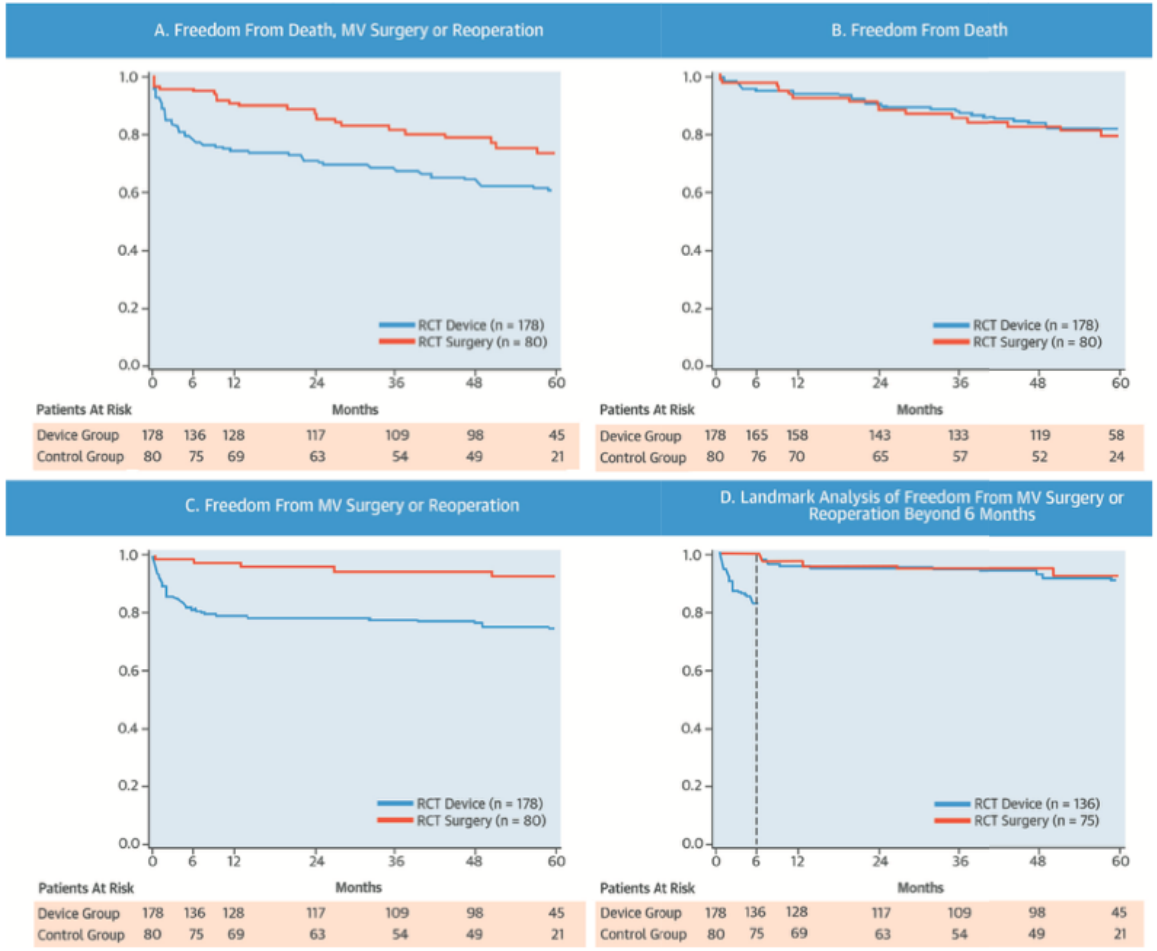


Insuficiencia mitral causada por miocardiopatía

Randomized Comparison of Percutaneous Repair and Surgery for Mitral Regurgitation

5-Year Results of EVEREST II

Ted Feldman, MD,* Saibal Kar, MD,† Sammy Elmariah, MD, MPH,‡§ Steven C. Smart, MD,* Alfredo Trento, MD,‖ Robert J. Siegel, MD,† Patricia Apruzzese, MS,§ Peter Fail, MD,¶ Michael J. Rinaldi, MD,# Richard W. Smalling, MD, PhD,** James B. Hermiller, MD,†† David Heimansohn, MD,‡‡ William A. Gray, MD,§§ Paul A. Grayburn, MD,‖‖ Michael J. Mack, MD,¶¶ D. Scott Lim, MD,## Gorav Ailawadi, MD,*** Howard C. Herrmann, MD,††† Michael A. Acker, MD,‡‡‡ Frank E. Silvestry, MD,††† Elyse Foster, MD,§§§ Andrew Wang, MD,‖‖‖ Donald D. Glower, MD,¶¶¶ Laura Mauri, MD,§### for the EVEREST II Investigators

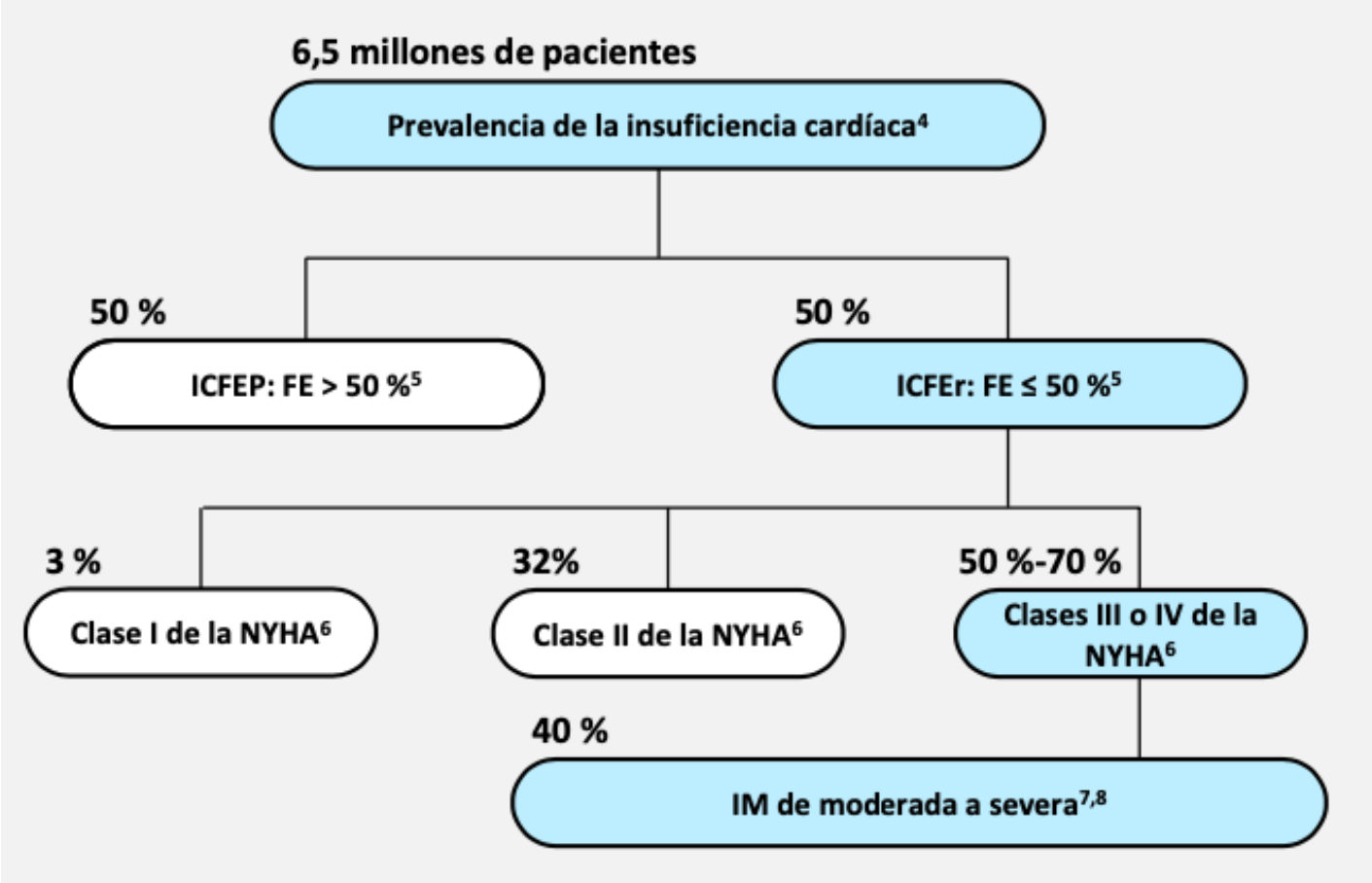


Feldman, T. et al. J Am Coll Cardiol. 2015; 66(25):2844–54.

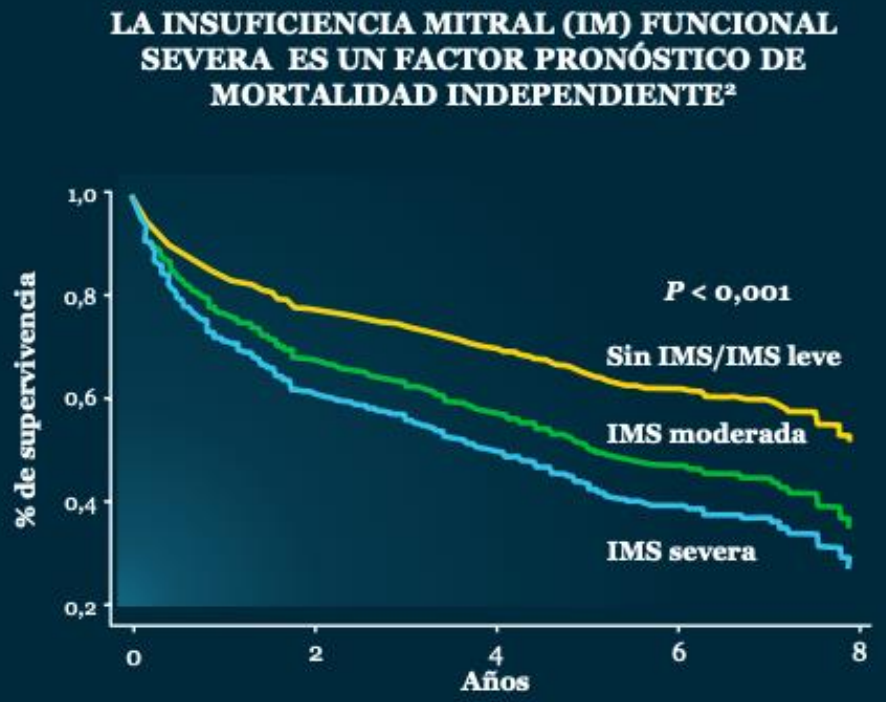
Nishimura, RA et al.
2014 AHA/ACC Valvular Heart Disease Guideline

nonrheumatic primary MR (stage C1) and preserved LV function in whom there is a high likelihood of a successful and durable repair with 1) new onset of AF or 2) resting pulmonary hypertension (PA systolic arterial pressure >50 mm Hg)			420-425)
Concomitant MV repair is reasonable in patients with chronic moderate primary MR (stage B) undergoing cardiac surgery for other indications	IIa	C	N/A
MV surgery may be considered in symptomatic patients with chronic severe primary MR and LVEF ≤30% (stage D)	IIb	C	N/A
MV repair may be considered in patients with rheumatic mitral valve disease when surgical treatment is indicated if a durable and successful repair is likely or if the reliability of long-term anticoagulation management is questionable	IIb	B	(86, 406, 413)
Transcatheter MV repair may be considered for severely symptomatic patients (NYHA class III/IV) with chronic severe primary MR (stage D) who have a reasonable life expectancy but a prohibitive surgical risk because of severe comorbidities	IIb	B	(426)
MVR should not be performed for treatment of isolated severe primary MR limited to less than one half of the posterior leaflet unless MV repair has been attempted and was unsuccessful	III: Harm	B	(87, 407-409)

Insuficiencia Cardíaca – Insuficiencia Mitral



[1]Nokomo et al, Lancet 2006 [2]Dziadzko et al, Lancet 2018; [3] Chatterjee et al, ATS 2013; [4]AHA Heart Disease and Stroke Statistics Update, Circulation 2017, [5]Yancy CW et al, JACC 2013 ; [6]Pecini et al EHJ 2011; [7]Asgar et al, JACC 2015; [8]Nieminen et al, EHJ 2006; [9]Patel et al, Journal of Cardiac Failure 2004



1. Cioffi G, et al. European Journal of Heart Failure 2005 Dec;7(7):1112-7.
2. Goliasch G et al. EHJ 2018;39:39-46. Gráfico cortesía del Dr. G Stone

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CACI

ORIGINAL ARTICLE

Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure

G.W. Stone, J.A. Lindenfeld, W.T. Abraham, S. Kar, D.S. Lim, J.M. Mishell, B. Whisenant, P.A. Grayburn, M. Rinaldi, S.R. Kapadia, V. Rajagopal, I.J. Sarembock, A. Brieke, S.O. Marx, D.J. Cohen, N.J. Weissman, and M.J. Mack, for the COAPT Investigators*

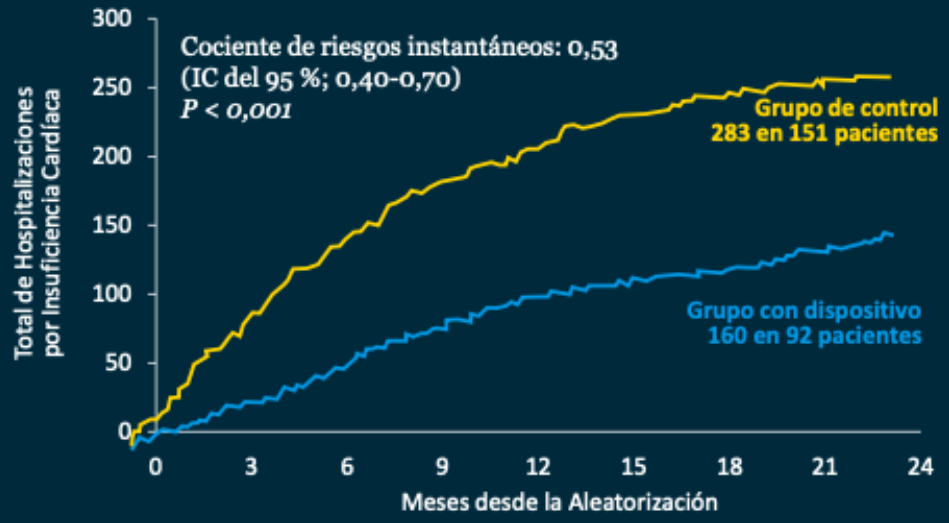
REDUCE LAS HOSPITALIZACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

47 %

REDUCCIÓN DEL RIESGO RELATIVO EN LAS HOSPITALIZACIONES POR IC

3,1

CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEBE TRATARSE PARA EVITAR 1 HOSPITALIZACIÓN POR IC



Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, et al. Transcatheter mitral-valve repair in patients with heart failure. N Engl J Med. September 23, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1806640.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CACI

ORIGINAL ARTICLE

Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure

G.W. Stone, J.A. Lindenfeld, W.T. Abraham, S. Kar, D.S. Lim, J.M. Mishell, B. Whisenant, P.A. Grayburn, M. Rinaldi, S.R. Kapadia, V. Rajagopal, I.J. Sarembock, A. Brieke, S.O. Marx, D.J. Cohen, N.J. Weissman, and M.J. Mack, for the COAPT Investigators*

38%

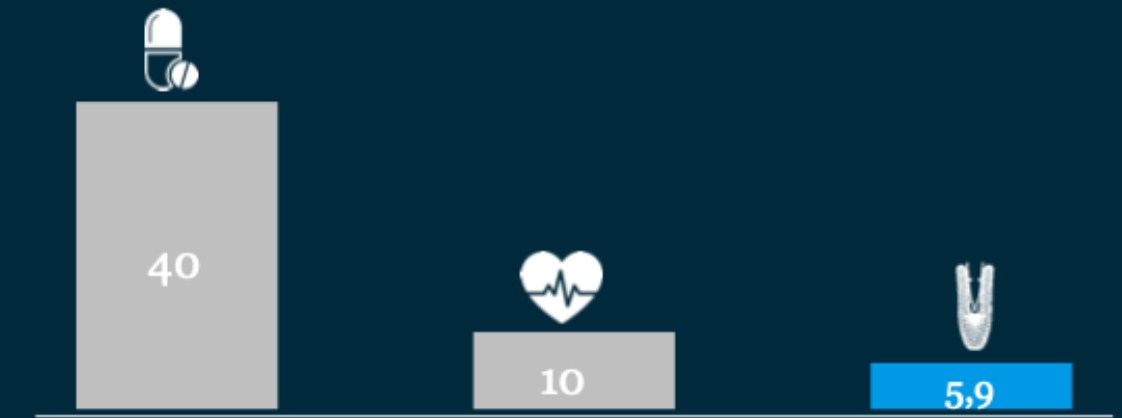
REDUCCIÓN DEL RIESGO RELATIVO EN LA MORTALIDAD

5,9

CANTIDAD DE PERSONAS QUE DEBE TRATARSE PARA EVITAR 1 MUERTE

Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, et al. Transcatheter mitral-valve repair in patients with heart failure. N Engl J Med. September 23, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1806640.

CANT. QUE SE DEBE TRATAR (NNT) PARA EVITAR UNA MUERTE DEBIDO A CUALQUIER CAUSA



Nombre del estudio	PARADIGM-HF[1]	CARE-HF[2]	COAPT[3]
Seguimiento medio	27 meses	29,4 meses	19,1 meses
Nombre del fármaco/dispositivo	Entresto (GDMT)	TRC + GDMT	MitraClip + GDMT

*Datos de diferentes estudios con períodos de seguimiento similares; beneficios incrementales debido al fármaco/dispositivo de prueba en relación con la terapia de fondo.

1. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, et al. N Engl J Med 2014;371:993-1004.
2. Cleland JG et al. N Engl J Med 2005;352:1539-1549.
3. Stone GW, Lindenfeld J, Abraham WT, et al. *N Engl J Med* September 23, 2018

FDA News Release

FDA approves new indication for valve repair device to treat certain heart failure patients with mitral regurgitation

For Immediate Release

March 14, 2019

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
© 2020 BY THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION
PUBLISHED BY ELSEVIER

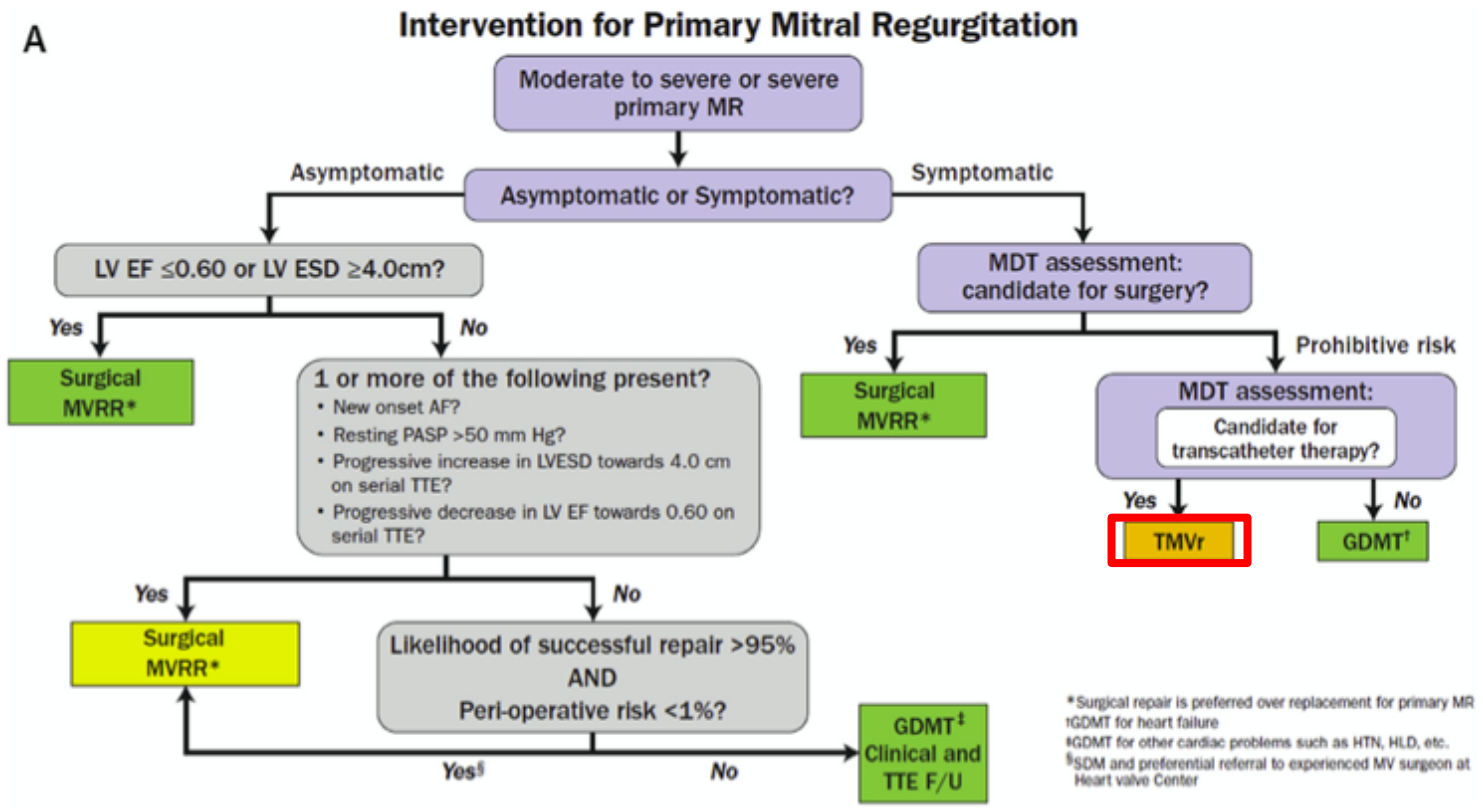
VOL. 75, NO. 17, 2020

EXPERT CONSENSUS DECISION PATHWAY

2020 Focused Update of the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Management of Mitral Regurgitation

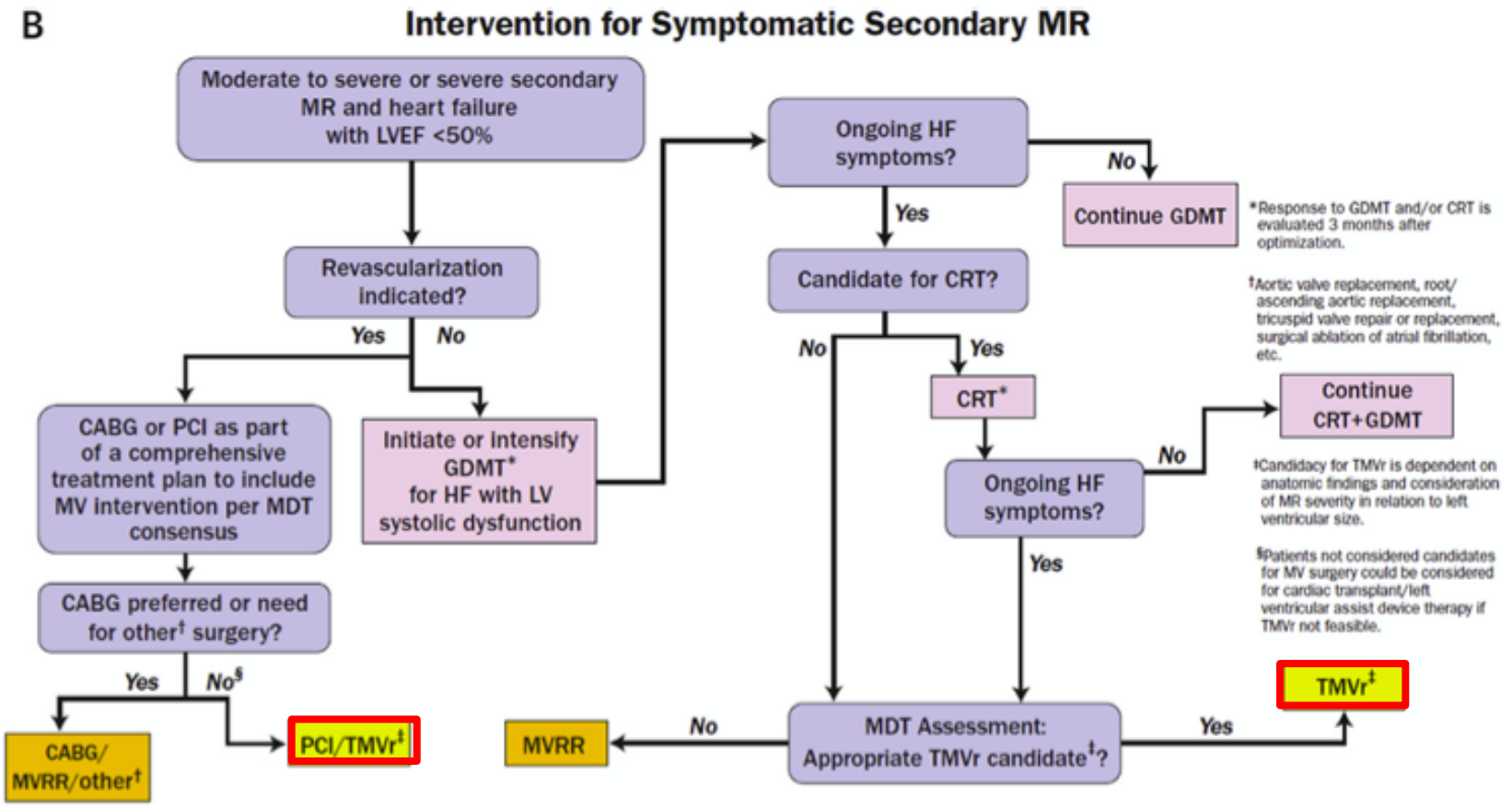
A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee

FIGURE 9A Intervention for Primary Mitral Regurgitation



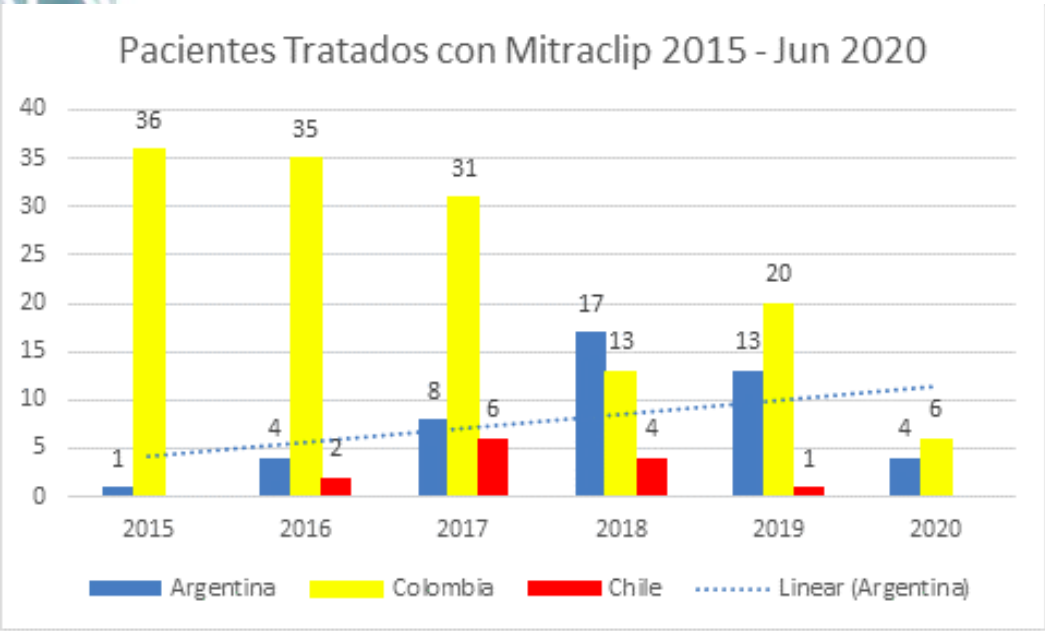
Bonow R, et al;JACC 2020 (75):2236-70

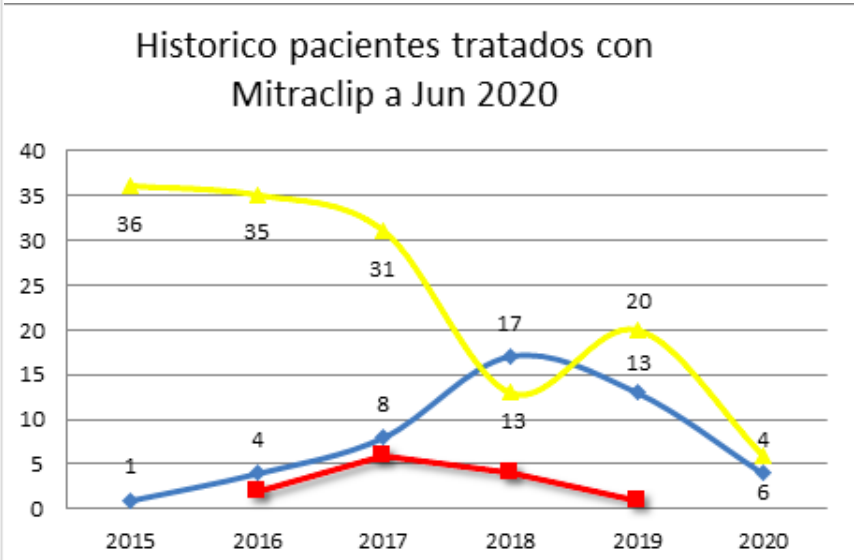
FIGURE 9B Intervention for Symptomatic Secondary MR



Bonow R, et al;JACC 2020 (75):2236-70

Realidad del Tratamiento percutáneo de la Insuficiencia Mitral en Argentina





Realidad del Tratamiento percutáneo de la I. Mitral en Argentina

- El tratamiento percutáneo de la IM significativa, funcional o degenerativa, mediante colocación de un clip metálico que aproxime los bordes de la válvula mitral, se basa en un sólido programa de investigación clínica.

- Los pacientes portadores de IM primaria con contraindicación o alto riesgo quirúrgico, pueden beneficiarse significativamente con esta opción terapeútica.

- En pacientes con IC e I.Mitral moderada a severa o severa, sintomáticos a pesar de tto farmacológico óptimo, MitraClip redujo las hospitalizaciones por IC, aumentó la sobrevida, mejoró la calidad de vida y la CF en el seguimiento.

- Muy escasa penetración de la práctica en nuestro país.

- La formación de equipos multidisciplinarios de trabajo (Heart Team) y disponibilidad de soporte tecnológico adecuado resulta indispensable para para optimizar la identificación y el manejo de los pacientes potenciales candidatos para esta alternativa terapeútica.

5º JORNADA CACI
PARA FINANCIADORES Y AUDITORES MÉDICOS

Muchas Gracias!!!!