

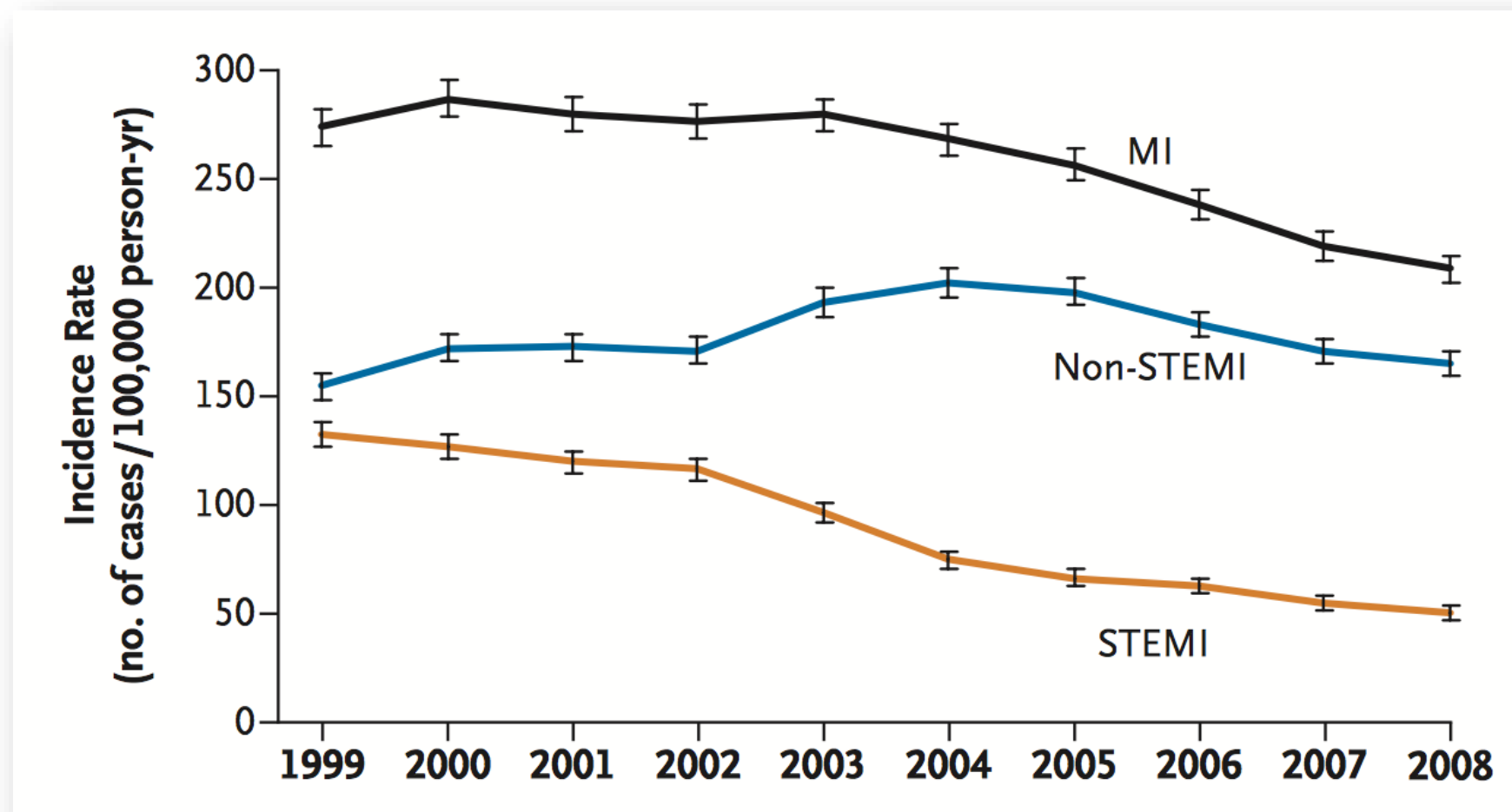


# SCA-SEST

Dr. Mauricio Quezada G  
Cardiólogo. Unidad Coronaria. HSJD.

# Epidemiología

- Mortalidad Intrahospitalaria ha decaído de 7.1% a 5.2% (National Registry of Miocardial Infarction). (1).
- Incidencia y prevalencia ha aumentado en relación a la sensibilidad de los nuevos biomarcadores e incremento de la prevalencia de los FRCV. (2).

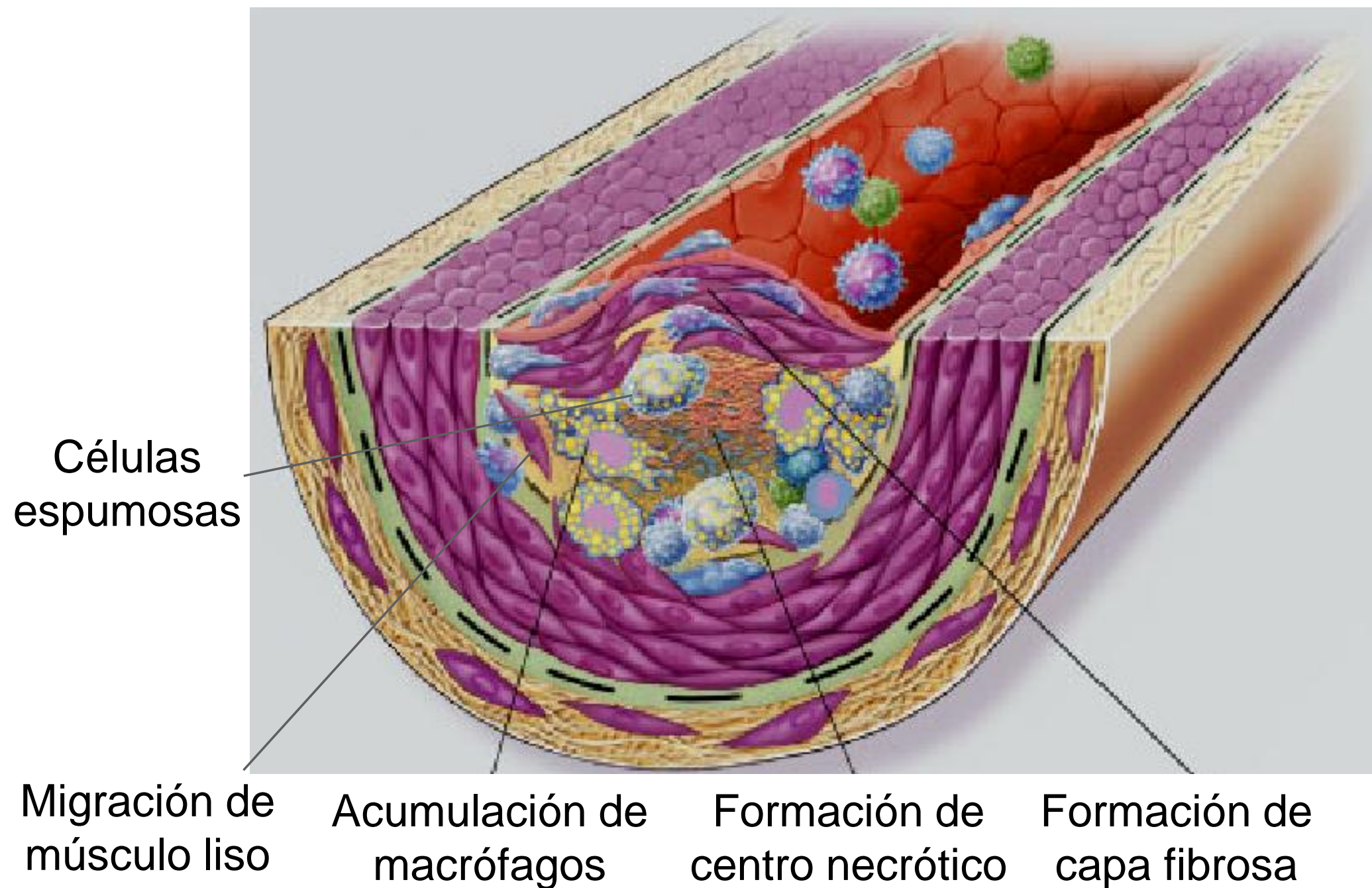


(1) Peterson et al. Am Heart J 2008;156(6):1045-55

(2) Yeh et al. NEJM 2010;362(23):2155-65

# Fisiopatología del SCA

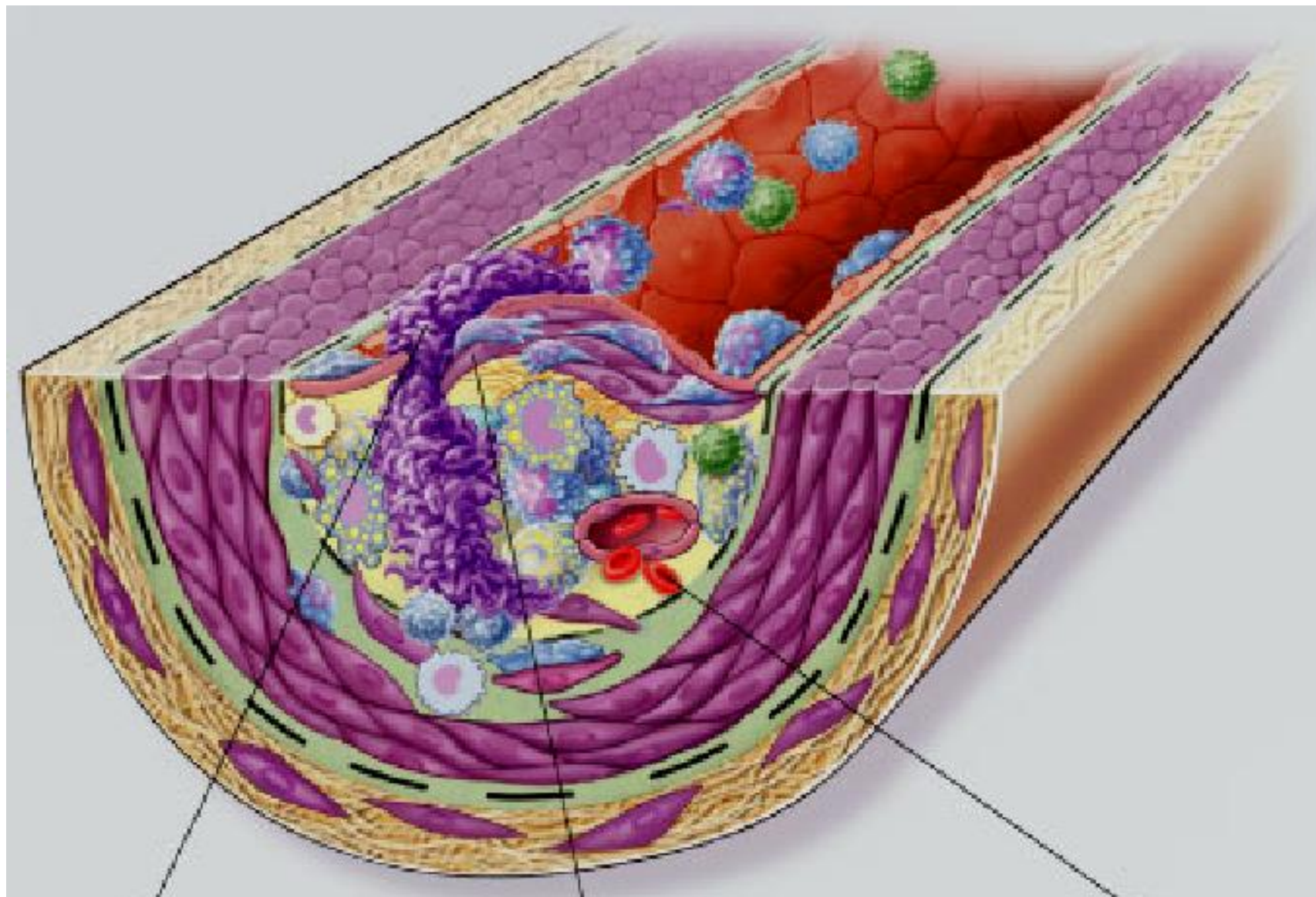
## Placa ateroesclerótica





# Fisiopatología del SCA

## Placa fibrosa inestable



Ruptura  
de la placa

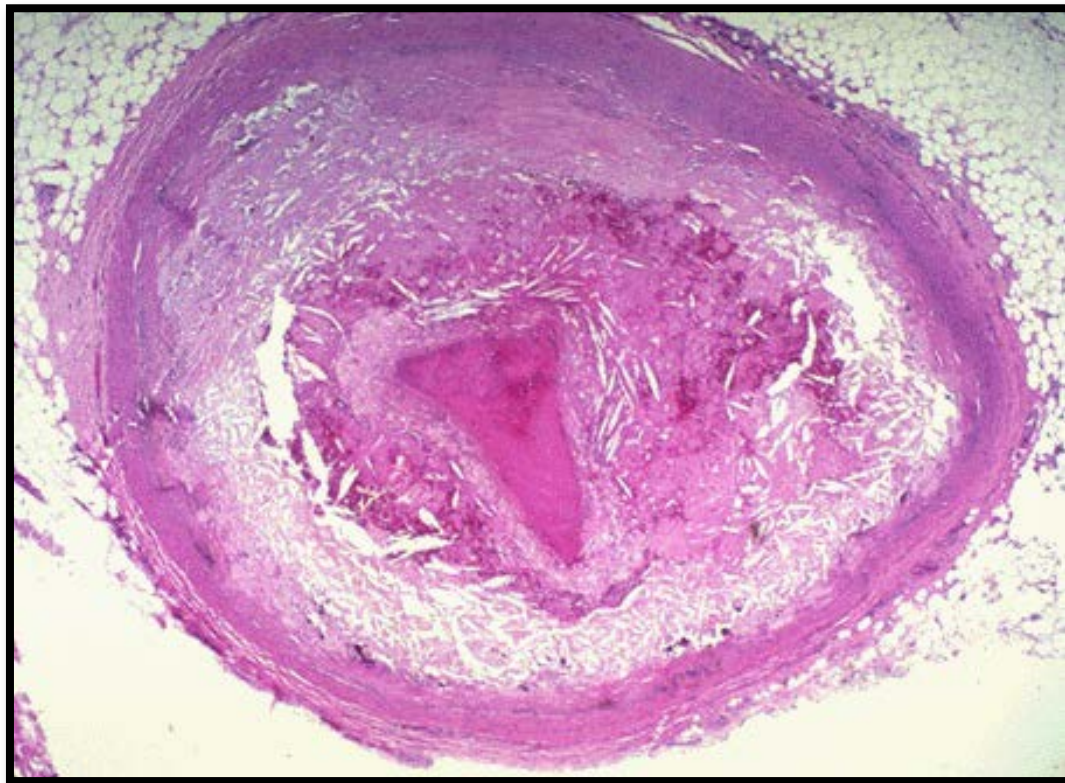
Adelgazamiento  
de la placa fibrosa

Hemorragia de los  
vasos de la placa

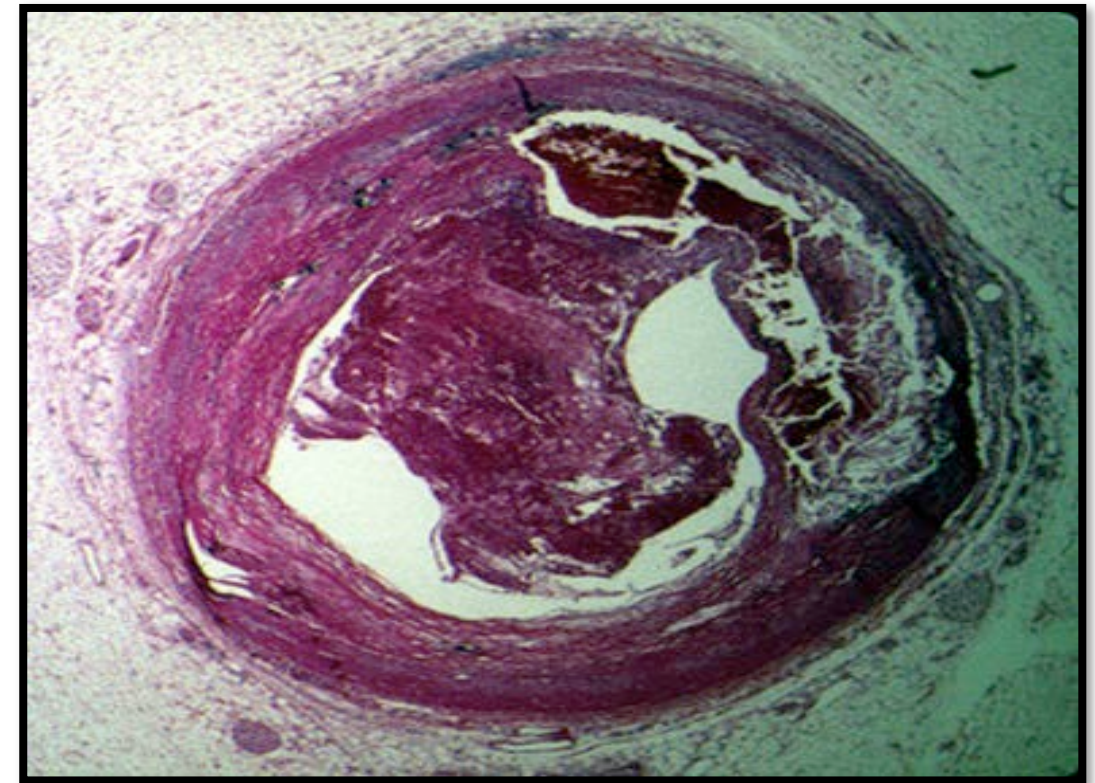


# SCA - Fisiopatología

## Manifestación clínica



Obstrucción total  
IAM C/SDST



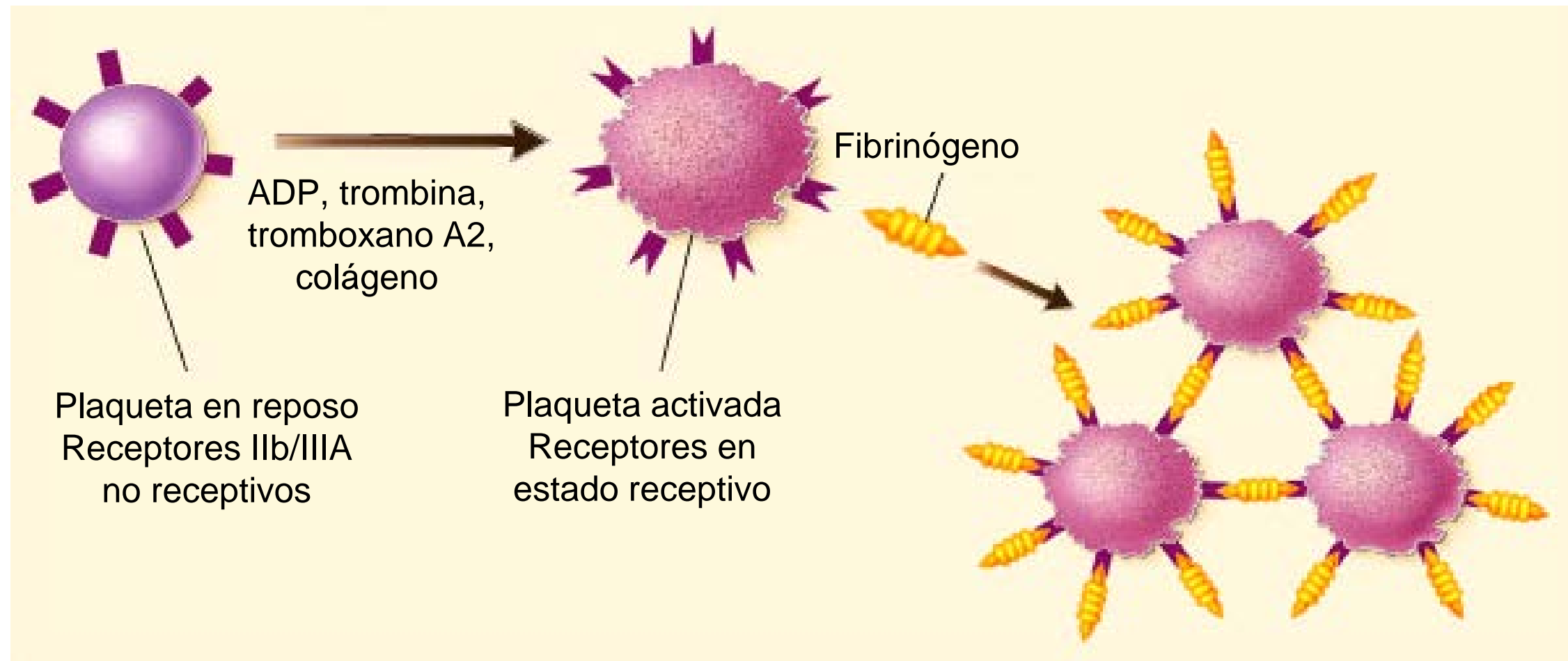
Obstrucción parcial  
AI - IAM S/SDST

## ¿Cuál es el tratamiento?

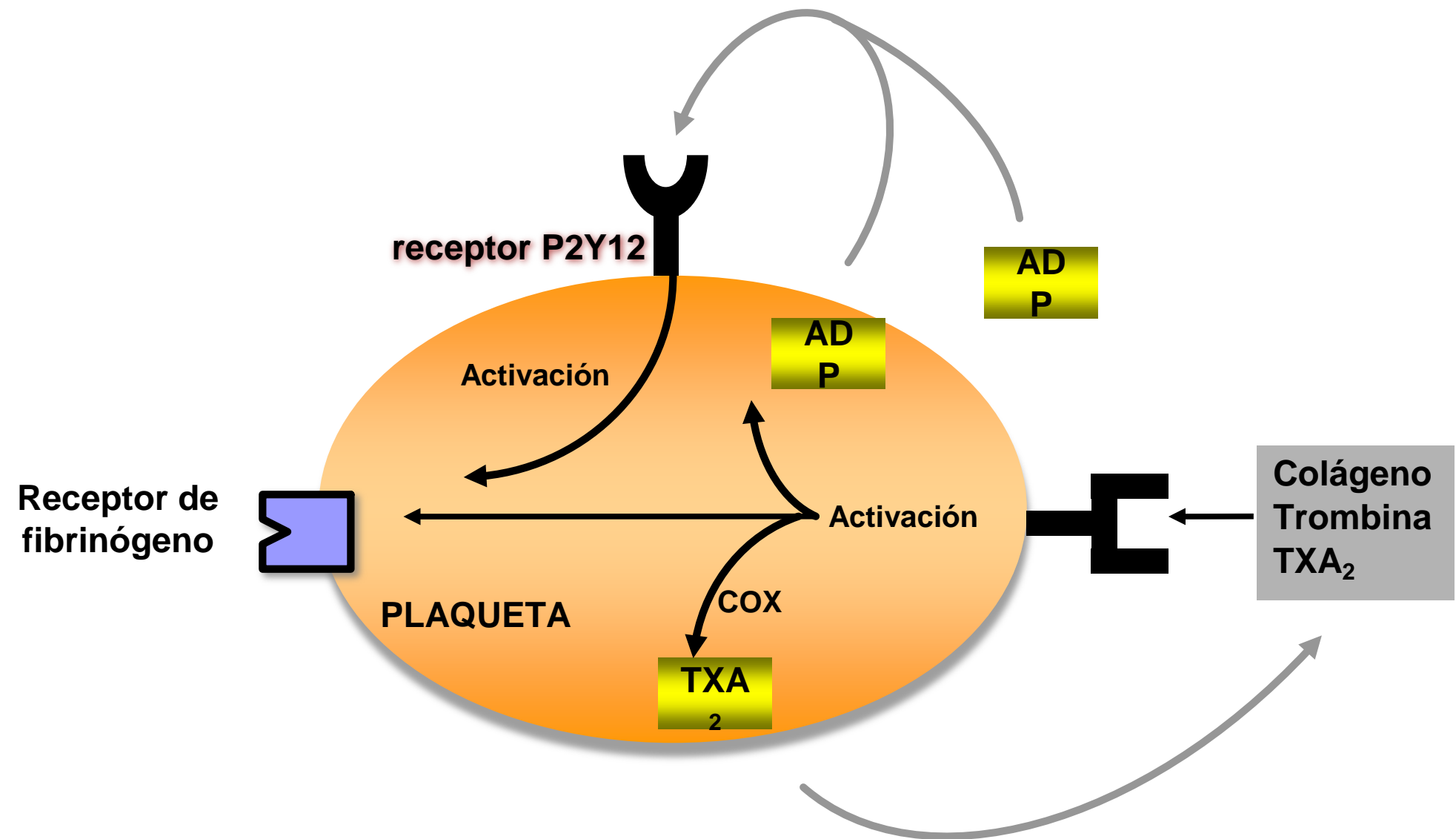
Fibrinolítico  
Angioplastia / CRM

Antiplaquetarios  
Antitrombóticos

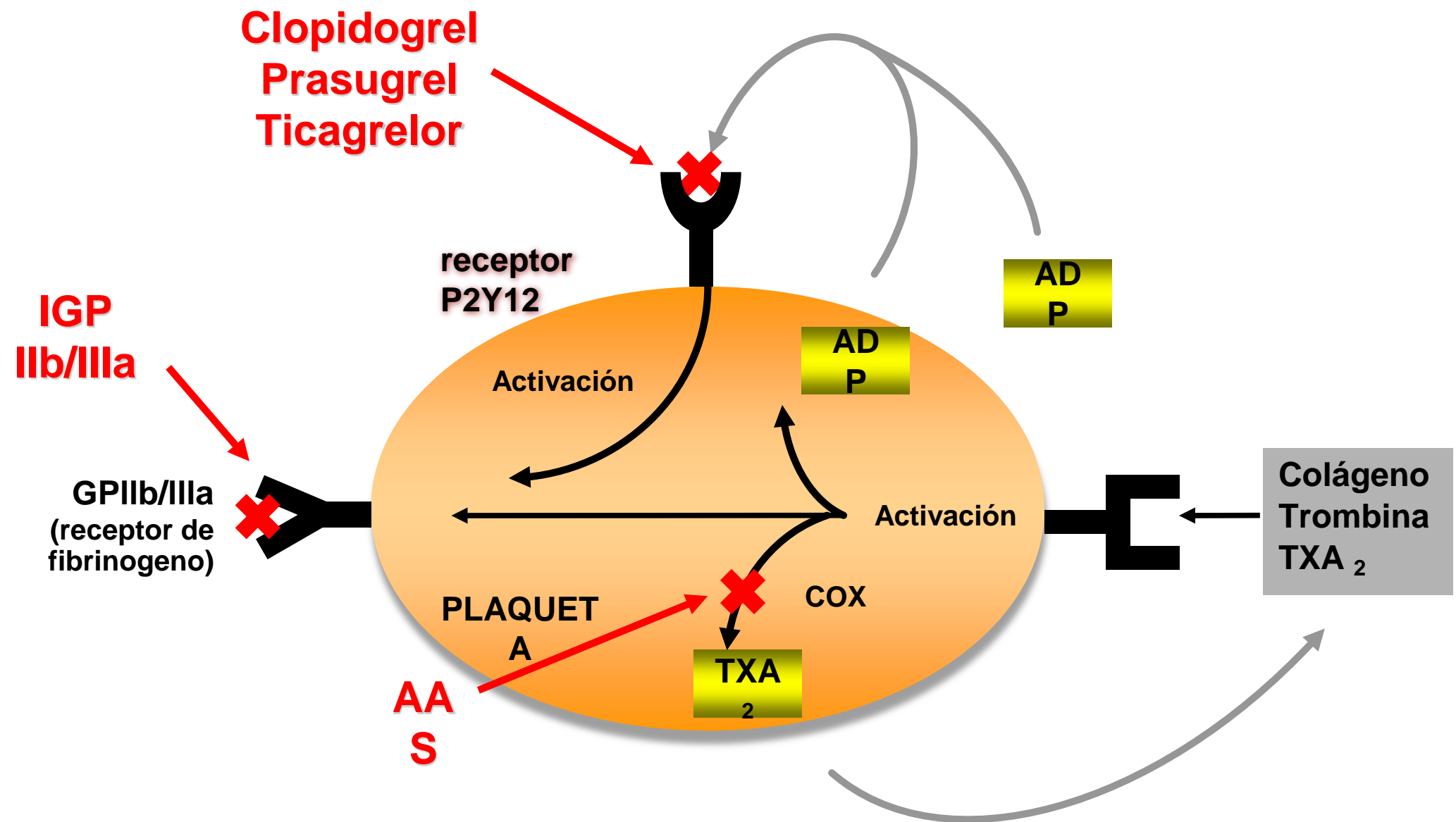
# Fisiopatología - agregación plaquetaria



# Fisiopatología - agregación plaquetaria



# Inhibición de la agregación plaquetaria





# Presentación caso 1

Mujer de 71 años, hipertensa, en uso de  $\beta$ -bloqueador, ARA II y AAS. Refiere episodios diarios de dolor precordial, de corta duración (5 min.), hace 3 días. El dolor es tipo opresivo, irradiado hacia ESI y cuello, desencadenado por esfuerzos y, en una ocasión, en reposo. Presenta nuevo episodio hoy en la mañana y llega al SU con dolor hace < 20 min. Se solicitan Troponinas y CK/CK-MB que resultan (-).

FC= 62 lpm   TA= 160/105 mm Hg   IMC= 31  
Restante normal, incluso pulsos

**¿Qué hacer?**



# Caso 1 - Abordaje inicial

- ◆ Oxígeno según SAT O<sub>2</sub> / Acceso Venoso / Monitor (TA / ECG)
- ◆ Historia y Examen Físico
  - ◆ Características del dolor / factores de riesgo
  - ◆ Examen cardíaco y pulmonar
  - ◆ Pulsos periféricos
- ◆ MONAβC
- ◆ Biomarcadores de necrosis, coagulación, Hb, plaquetas
- ◆ ECG de 12 derivaciones (+ V<sub>3</sub>R, V<sub>4</sub>R y V<sub>7</sub>, V<sub>8</sub>) \* \_
- ◆ RX tórax

# Caso 1 – Electrocardiograma

Evaluar el ECG inicial de 12 derivaciones

Elevación de ST o BRI  
nuevo o, supuestamente  
nuevo

SCA con supraST  
(IAM con supra)

Depresión de ST o  
inversión dinámica de  
onda T

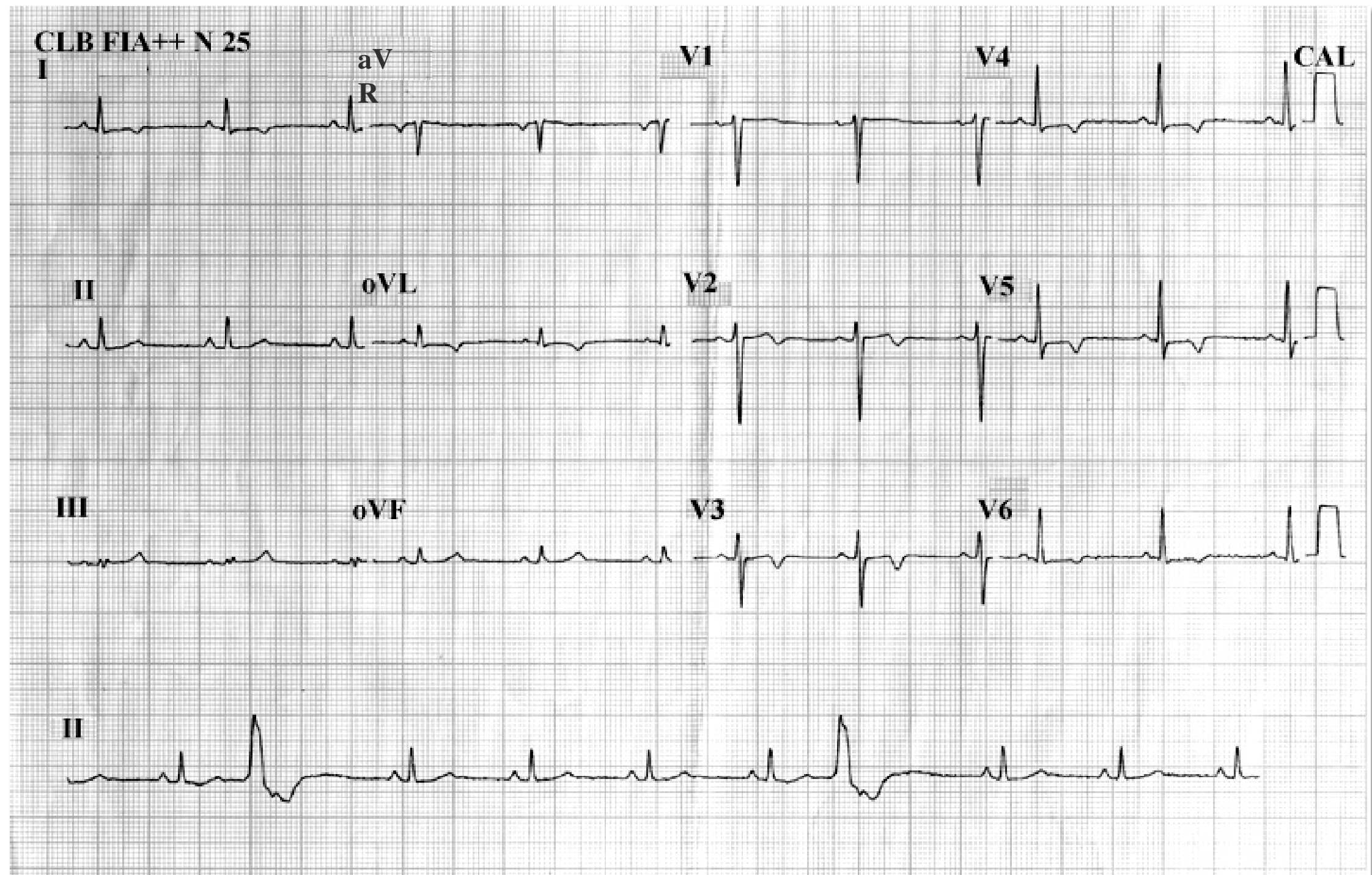
SCA sin supraST  
(AI/IAM sin supra)

Normal o cambios no  
diagnósticos en  
segmento ST o T

SCA sin supra  
(AI/IAM sin supra)



# Caso 1 – Electrocardiograma



# Caso 1 – Electrocardiograma

Evaluar el ECG inicial de 12 derivaciones

Elevación de ST o BRI  
nuevo o, supuestamente  
nuevo

SCA con supraST  
(IAM con supra)

Depresión de ST o  
inversión dinámica de  
onda T

SCA sin supraST  
(AI/IAM sin supra)

Normal o cambios no  
diagnósticos en  
segmento ST o T

SCA sin supra  
(AI/IAM sin supra)

**¿Cuál es el tratamiento inicial?**

# Caso 1 – Tratamiento inicial

- ◆ **M**orfina IV
- ◆ **O**xígeno
- ◆ **N**itroglicerina o **N**itrato
- ◆ **AAS** 200 a 300 mg
- ◆  $\beta$ -bloqueador
- ◆ **DAPT (Clopidogrel/Ticagrelol)**
- ◆ **H**eparina



# Caso 1 – AAS

## ♥ ¿Por qué?

Antiagregación plaquetaria

↓ mortalidad  $\cong$  fibrinólisis (ISIS-2)

↓ reinfarto no fatal

Efecto aditivo al fibrinolítico

## ♥ ¿Cuándo?

Todos los pacientes con SCA

## ♥ ¿Cómo?

VO – 200 a 300 mg (ataque) e 100 mg/d (mantenimiento)

# Caso 1 – NTG / Nitrato

## ◆ ¿Por qué?

↓ retorno venoso

↓ pré-carga y consumo de  $O_2$

↓ dolor isquémico

Dilata las arterias coronarias

## ◆ ¿Cuándo?

Dolor por SCA, en especial en presencia de  
HTA

Insuficiencia cardíaca

Grandes infartos de pared anterior

Isquemia persistente

# Caso 1 – NTG / Nitrato

## ◆ ¿Cómo?

- ◆ SL: Nitrato 5 mg cada 5 min
- ◆ IV:NTG 10–20  $\mu\text{g}/\text{min}$   
aumentar 5–10  $\mu\text{g}$  cada 5–10 min

## ◆ ¡Atención!

- ◆ PAS < 90 mm Hg
- ◆ FC > 100 o < 50
- ◆ Infarto VD
- ◆ Limitar caída de PAS
  - ◆ 10 % si normotenso
  - ◆ 30 % si hipertenso

Sildenafil o similares (24 a 48 h)





# Caso 1 – Clopidogrel

## ◆ ¿Por qué?

- ◆ ↓ agregación plaquetaria
- ◆ ↓ mortalidad e IAM no fatal
- ◆ ↓ isquemia y CRM
- ◆ efecto aditivo a AAS (CURE)

## ◆ ¿Cuándo?

Todos los pacientes con SCA



# Caso 1 – Clopidogrel

## ◆ ¿Cómo?

300 mg – 1ª dosis (opcional: 600 mg en caso de PCI)

75 mg/día mantención

## ◆ ¡Atención?

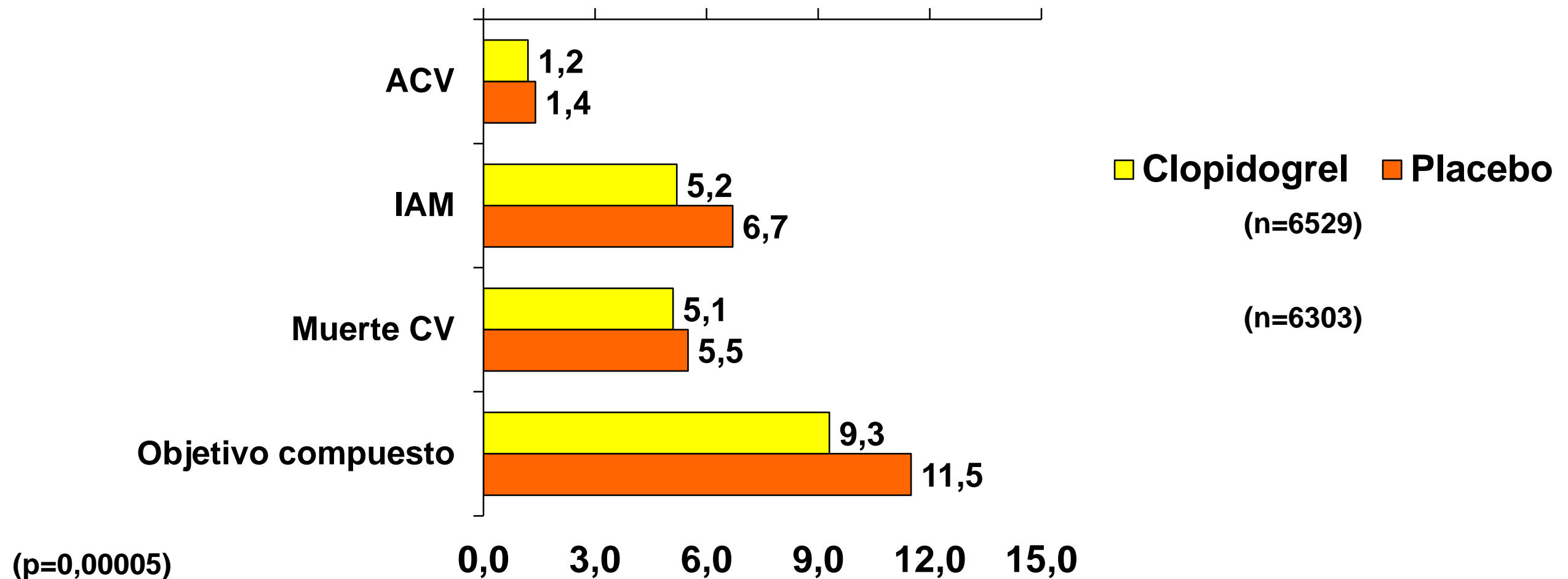
Sangrado activo

Diátesis hemorrágica

Insuficiencia hepática

Suspender 5 a 7 días antes de CRM

# Caso 1 – Estudio CURE



Yusuf S, et al. N Engl J Med 2001;345:494-502.



# Caso 1 – Heparinas

## ◆ ¿Por qué?

Inhibe el factor Xa y IIa (trombina)

↓ formación de trombo en la placa rota

## ◆ ¿Cuándo?

Angina inestable

IAM sin supra

IAM con supra

Durante Angioplastia

**¿Cuáles son las ventajas de las HBPM  
sobre la HNF?**

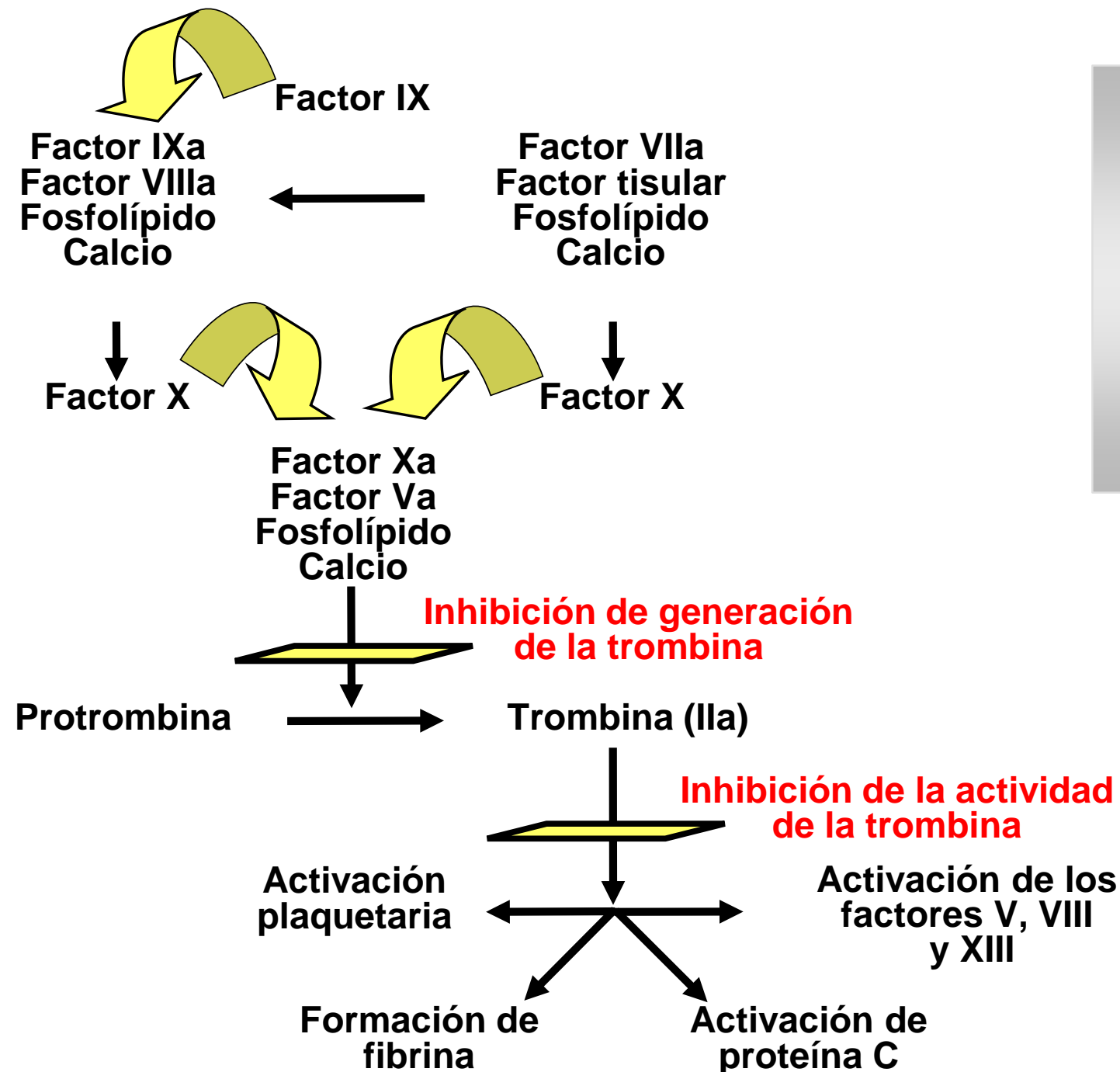
# Caso 1 – HBPM

## Ventajas con relación a HNF

- ◆ Mayor relación de inhibición Xa:IIa
- ◆ Menor unión a proteínas plasmáticas
- ◆ Efecto más previsible
- ◆ No necesidad de medida de TTPa
- ◆ Administración SC
- ◆ Induce menos plaquetopenia
- ◆ ↓ muerte e IAM no fatal vs HNF (riesgo intermedio)

**¿Existen diferencias entre las HBPM?**

# HBPM – Potencia de acción



## Relación de actividad Anti Xa:IIa

HNF	1,0
Dalteparina	2,2
Nadroparina	3,6
Enoxaparina	3,9

# Caso 1 – HBPM vs HNF

Heparina	Estudio	N	Comparación	Días	P
Enoxaparina	ESSENCE	3171	HNF	14/30/365	< 0,05
	TIMI-11B	3910	HNF	14/43	< 0,05
Dalteparina	FRIC	1482	HNF y placebo	6/45	NS
	FRISC	1506	placebo	6/40	< 0,05
				150	NS
	FRISC II	2433	placebo	90	NS
Nadroparina	FRAXIS	3468	HNF	6/14/90	NS

**Muerte e IAM no fatal**



# Caso 1 – HBPM

## ◆ ¿Cómo?

Enoxaparina – 1 mg/Kg SC cada 12 hs por al menos 3 días

Ajuste de dosis: 0,75 mg/kg SC cada 12 hs (>75 años)

1 mg/kg SC cada 24 hs (ClCr <30 mL/min)

## ◆ ¡Atención!

Cirugía craneal, intraespinal u ocular reciente

Sangrado activo

Diátesis hemorrágica (plaquetopenia)

Hipertensión grave

Insuficiencia renal grave

¿Cuál es la dosis de HNF?

# Caso 1 – HNF

## ◆ ¿Cómo?

60 U/Kg – máximo 4.000 U

12 U/Kg/h – máximo 1.000 U/h

Mantener TTPa entre 50 y 70 seg

## ◆ ¡Atención!

Cirugía craneal, intraespinal u ocular reciente

Sangrado activo

Diátesis hemorrágica (plaquetopenia)

Hipertensión grave

Insuficiencia renal grave

# Caso 1 – $\beta$ -bloqueadores

## ◆ ¿Por qué?

- ↓ FC y fuerza de contracción
- ↓ tamaño del infarto
- ↓ arritmias
- ↓ mortalidad
- ↓ reinfarto

## ◆ ¿Cuándo?

Considerar en todos los pacientes con SCA

# Caso 1 – $\beta$ -bloqueadores

## ◆ ¿Cómo?

### **Metoprolol**

5 mg IV lento; repetir después de 5 min (total 15 mg)

### **Propranolol**

0,1 mg/Kg IV lento ÷ 3 doses, intervalo de 2–3 min (total 0,1 mg/Kg)

10 a 40 mg VO cada 8 hs

### **Atenolol**

50 mg VO cada 12 hs (por 24 horas), luego 100 mg 1 vez al día

# Caso 1 – $\beta$ -bloqueadores

## ◆ ¡Atención!

FC < 50 lpm

PAS < 90 mm Hg

BAV

ICC / EAP

EPOC

Enfermedad vascular periférica\*

DM\*

**\* En fase aguda, no son contraindicaciones**

# Caso 1 – Morfina

## ◆ ¿Por qué?

- ↓ retorno venoso
- ↓ pre-carga y consumo de  $O_2$
- ↓ dolor isquémico
- ↓ ansiedad

## ◆ ¿Cuándo?

- Dolor persistente
- Evidencia de congestión (EAP)



# Caso 1 – Morfina

## ◆ ¿Cómo?

2 a 4 mg IV; repetir 2 a 8 mg cada 5 – 15 min, según necesidad

## ◆ ¡Atención!

PAS < 90 mm Hg

FC > 100 o < 50

Infarto de VD

Depresión de la ventilación – EPOC

Náusea y vómitos (común)

Prurito o broncoespasmo (infrecuente)

Presentó mejoría del dolor con el tratamiento inicial

**¿Son necesarios otros exámenes?**

# Caso 1 – Evaluación de laboratorio

## ◆ Marcadores de necrosis

CK–total

CKMB

Troponina

**Toma de muestra basal y luego de 6 horas  
del inicio de los síntomas**

# Caso 1 – Marcadores de necrosis

## ◆ CKMB

Inicio: 4–6 h

Pico: 12–20 h

Normalización: 48 h

Sensibilidad y especificidad mejoran con:

CKMB/CK–total (4% a 25%)

CKMB masa

# Caso 1 – Marcadores de necrosis

## ◆ Troponina I o T

Inicio: 3 a 6 h

Pico: 14 a 18 h

Normalización: 5–7 días (I) 12–14 días (T)

Alta sensibilidad y especificidad

**Útiles en el diagnóstico precoz y tardío de lesión**

# Caso 1 – Evaluación de laboratorio

## ◆ Marcadores de necrosis

CK–total= normal

CKMB= normal

Troponina T= normal

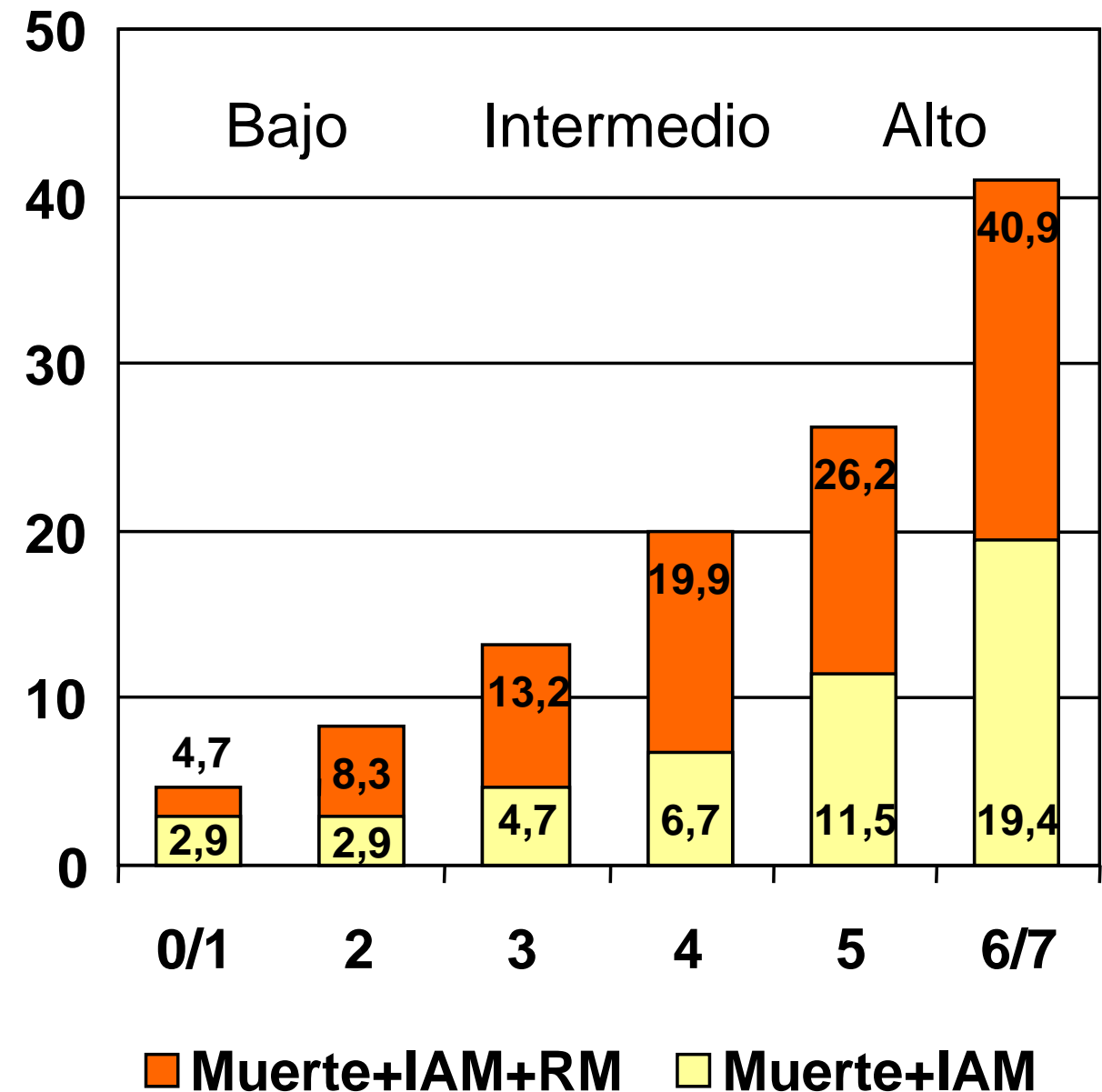
**¿Cuál es el riesgo de eventos coronarios de esta paciente?**

# Caso 1 – Estratificación de riesgo

## Score TIMI

(Muerte / IAM / RM de urgencia – 14 días)

Edad > 65a	1
≥ 3 Factores de riesgo	1
Lesión coronaria ≥ 50%	1
Uso de AAS < 7 días	1
2 episodios angina < 24 h	1
Desvío de ST ≥ 0,5 mm	1
Marcador de necrosis	1
<hr/>	
	0 – 7

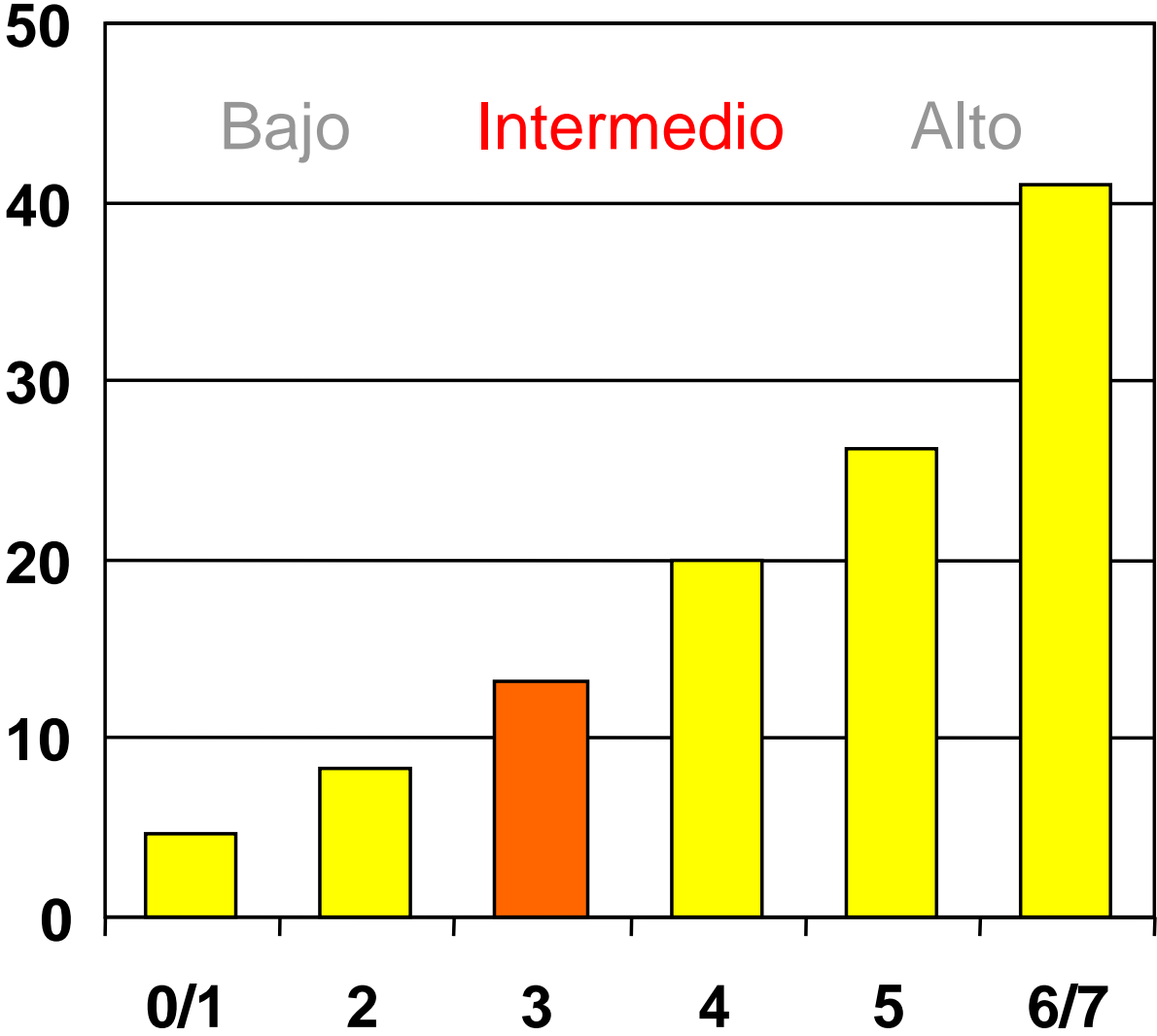




# Caso 1 – Estratificación de riesgo

**Score TIMI**  
(Óbito / IAM / RM de urgência – 14 días)

Edad > 65a	1
≥ 3 Factores de riesgo	1
Lesión coronaria ≥ 50%	1
Uso de AAS < 7 días	1
2 episodios angina < 24 h	1
Desvío de ST ≥ 0,5 mm	1
Marcador de necrosis	1
<hr/>	
	3



# Caso 1 – Estratificación de riesgo

## Score GRACE (Mortalidad hospitalaria)

Edad (años)	—	0-100
Frecuencia cardíaca	—	0-46
PA Sistólica (mmHg)	—	58-0
Creatinina (mg/dL)	—	1-28
ICC (Killip)	—	0-59
PCR en la admisión	<input type="checkbox"/>	39
Desvío de ST	<input type="checkbox"/>	28
Marcador de necrosis	<input type="checkbox"/>	14

1 – 372

Riesgo	Puntos	Muerte Hospitalaria (%)
Bajo	1-108	<1
Intermedio	109-140	1-3
Alto	>140	>3

# Caso 1 – Estratificación de riesgo

## Escore GRACE (Mortalidad hospitalaria)

Edad (años)	71	75			
Frecuencia cardíaca	62	3			
PA Sistólica (mmHg)	160	10	Riesgo	Puntos	Muerte Hospitalaria
Creatinina (mg/dL)	0,9	7	(%)		
ICC (Killip)	I	0	Bajo	1-108	<1
PCR en la admisión	<input type="checkbox"/>	0	Intermedio	109-140	1-3
Desvío de ST	<input type="checkbox"/>	0	Alto	>140	>3
Marcador de necrosis	<input type="checkbox"/>	0			
		95			

# Caso 1 – Evolución

Paciente recibió O<sub>2</sub>, nitrato, AAS,  $\beta$ -bloqueador, clopidogrel y enoxaparina, con desaparición del dolor. En el 3er día, evoluciona sin complicaciones.

FC= 64 lpm    PA= 120/80 mm Hg

Examen físico normal

**¿Estratificación invasiva versus no invasiva?**

## Presentación caso 2

Hombre de 66 años, desde hace 2 semanas con dolor precordial progresivo, inicialmente a grandes esfuerzos y, desde hace 2 días, al caminar 30 m. Concorre a Emergencia con dolor en reposo hace 30 min. Tabaquista, sedentario, con antecedentes familiares positivos.

FC= 92 lpm   PA= 150 / 100 mm Hg  
Cuarto ruido, resto de examen normal

**¿Conducta?**

# Caso 2 – Abordaje inicial

- ◆ Oxígeno según Sat O<sub>2</sub> / Vena / Monitor (PA / ECG)
- ◆ Historia y Examen Físico
  - ◆ Características del dolor / factores de riesgo
  - ◆ Examen cardíaco y pulmonar
  - ◆ Pulsos periféricos
- ◆ MONAβCH
- ◆ Marcadores de necrosis, coagulación, Hb, plaquetas
- ◆ ECG de 12 derivaciones (+ V<sub>3</sub>R, V<sub>4</sub>R, V<sub>7</sub> y V<sub>8</sub> )
- ◆ RX tórax / Ecocardiograma

# Caso 2 – Electrocardiograma

Evaluar el ECG inicial de 12 derivaciones

Elevación de ST o BRI  
nuevo o, supuestamente  
nuevo

SCA con supraST  
(IAM con supra)

Depresión de ST o  
inversión dinámica de  
onda T

SCA sin supraST  
(AI/IAM sin supra)

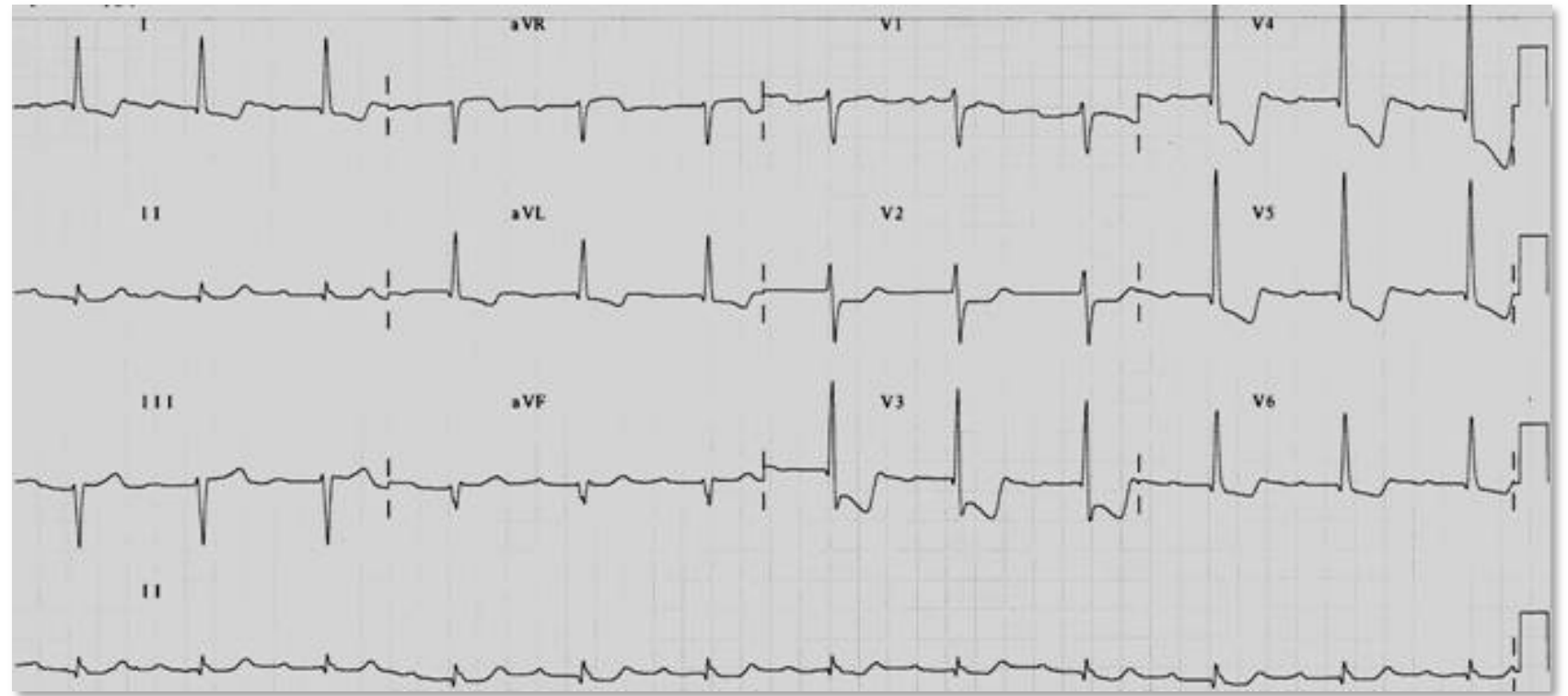
Normal o cambios no  
diagnósticos en  
segmento ST o T

SCA sin supra  
(AI/IAM sin supra)

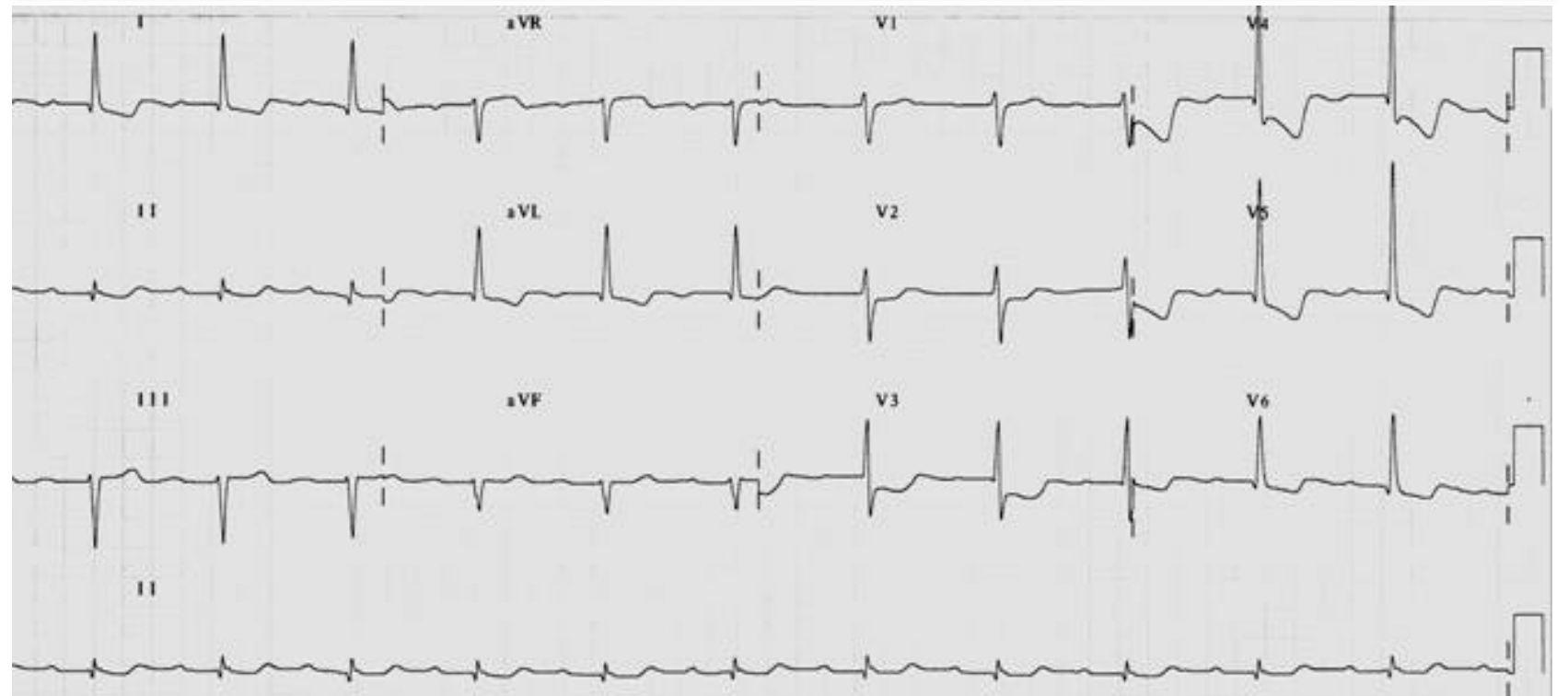


# Caso 2 – Electrocardiograma

Inicial



Después de  
nitrato SL



# Caso 2 – Electrocardiograma

Evaluar el ECG inicial de 12 derivaciones

Elevación de ST o BRI  
nuevo o, supuestamente  
nuevo

SCA con supraST  
(IAM con supra)

Depresión de ST o  
inversión dinámica de  
onda T

SCA sin supraST  
(AI/IAM sin supra)

Normal o cambios no  
diagnósticos en  
segmento ST o T

SCA sin supra  
(AI/IAM sin supra)

## Caso 2 – Tratamiento inicial

- ◆ Morfina IV
- ◆ Oxígeno
- ◆ Nitroglicerina o Nitrato
- ◆ AAS 200 a 300 mg
- ◆  $\beta$ -bloqueador
- ◆ DAPT (Clopidogrel/Ticagrelol)
- ◆ Heparina

# Caso 2 – Evaluación de laboratorio

## ◆ Marcadores de necrosis

CK-total= 150 U/dL

CKMB= 30 U/dL

Troponina T= 0,2 ng/mL

**¿Cuál es el riesgo de eventos coronarios de este paciente?**

# Caso 1 – Estratificación de riesgo

## Escore GRACE (Mortalidad hospitalaria)

Edad (años)	66	58			
Frecuencia cardíaca	92	15			
PA Sistólica (mmHg)	150	24	Riesgo	Puntos	Muerte Hospitalaria
Creatinina (mg/dL)	0,9	7	(%)		
ICC (Killip)	I	0	Bajo	1-108	<1
PCR en la admisión	□	0	Intermedio	109-140	1-3
Desvío de ST	+	39	Alto	>140	>3
Marcador de necrosis	+	14			
		157			



## Design, Eligibility Criteria and Protocol

UA or NSTEMI  
2 of 3 Criteria: Age > 60, ischemic ECG or biomarker  
AND suitable for revascularization

**RANDOMIZE\*** \*Randomization ratio 1:1, 1:2 or 2:1

### Early Invasive

***Coronary angio as soon as possible (<24 hours)***

### Delayed Invasive

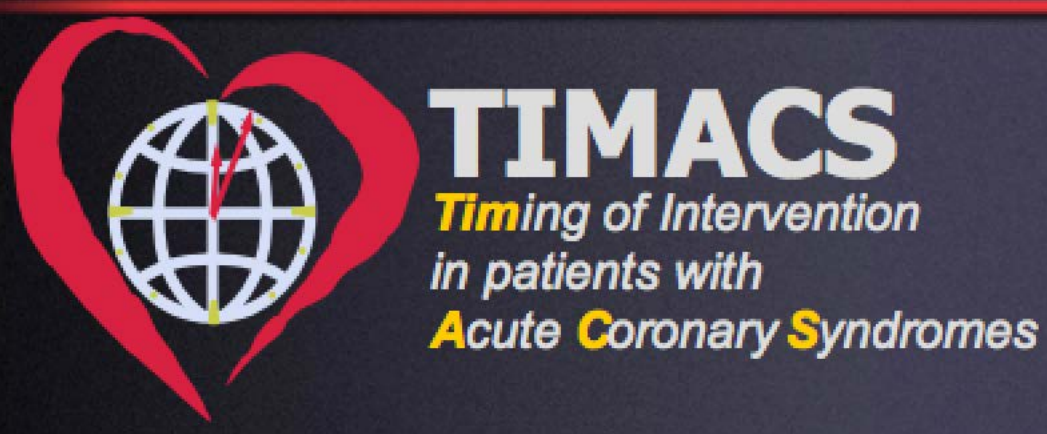
***Coronary angio >36 hrs***

Follow-up up to 180 days

## Primary and Secondary Outcomes

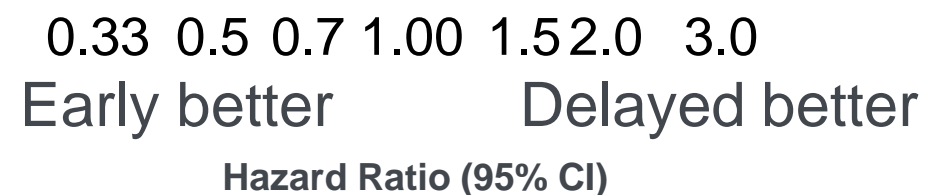
	<b>Early N=1,593</b>	<b>Delayed N=1,438</b>	<b>HR</b>	<b>95% CI</b>	<b>P</b>
Death, MI, Stroke	9.7	11.4	0.85	0.68-1.06	0.15
Death, MI, refractory ischemia	9.6	13.1	0.72	0.58-0.89	0.002
Death, MI, Stroke, refractory ischemia + repeat intervention	16.7	19.7	0.84	0.71-0.99	0.039
Death	4.9	6.0	0.81	0.60-1.11	0.19
MI	4.8	5.8	0.83	0.61-1.14	0.25
Stroke	1.3	1.4	0.90	0.48-1.68	0.74
Ref. Ischemia	1.0	3.3	0.30	0.17-0.53	<0.00001
Rep. Intervention*	8.8	8.6	1.04	0.82-1.34	0.73

\*At 30 days: 5.9% vs 4.2%, HR 1.39, 95% CI 1.00-1.95, P=0.047



# Pre-specified Subgroups

Characteristic	N	Early %	Delayed %		HR (95% CI)	Interaction p-Value
Overall	3031	9.7	11.4		0.85 ( 0.68 - 1.06 )	
Age < 65	1293	6.5	6.5		0.98 ( 0.64 - 1.52 )	0.463
>=65	1736	12.3	14.8		0.83 ( 0.64 - 1.07 )	
Female	1052	9.7	12.3		0.77 ( 0.54 - 1.12 )	0.540
Male	1976	9.8	10.9		0.89 ( 0.68 - 1.18 )	
No ST deviation	1523	7.6	8.7		0.88 ( 0.62 - 1.26 )	0.722
ST deviation	1508	11.7	14.3		0.81 ( 0.61 - 1.07 )	
No elevated marker	668	10.5	10.5		1.00 ( 0.62 - 1.60 )	0.423
Elevated marker	2363	9.5	11.7		0.81 ( 0.63 - 1.04 )	
GRACE 0-140	2070	7.7	6.7		1.14 ( 0.82 - 1.58 )	<b>0.0097</b>
GRACE >=141	961	14.1	21.6		0.65 ( 0.48 - 0.88 )	





# Caso 2 – CURRENT OASIS 7

SCA con estrategia invasiva planificada ( $\leq 24$  h)  
n=25.086 (70% AI/NSTEMI y 30% STEMI)

Randomización

Clopidogrel Dosis Alta  
600 mg de ataque  
150 mg días 2 a 7  
75 mg días 8 a 30

Clopidogrel Dosis Estandar  
300 mg (+placebo) de  
ataque  
75 mg (+placebo) días 2 a 7  
75 mg días 8 a 30

Randomización

Randomización

AAS dosis baja  
 $\geq 300$  mg día 1  
75–100 mg  
días 2 a 30

AAS dosis alta  
 $\geq 300$  mg día 1  
300–325 mg  
días 2 a 30

AAS dosis baja  
 $\geq 300$  mg día 1  
75–100 mg  
días 2 a 30

AAS dosis alta  
 $\geq 300$  mg día 1  
300–325 mg  
días 2 a 30

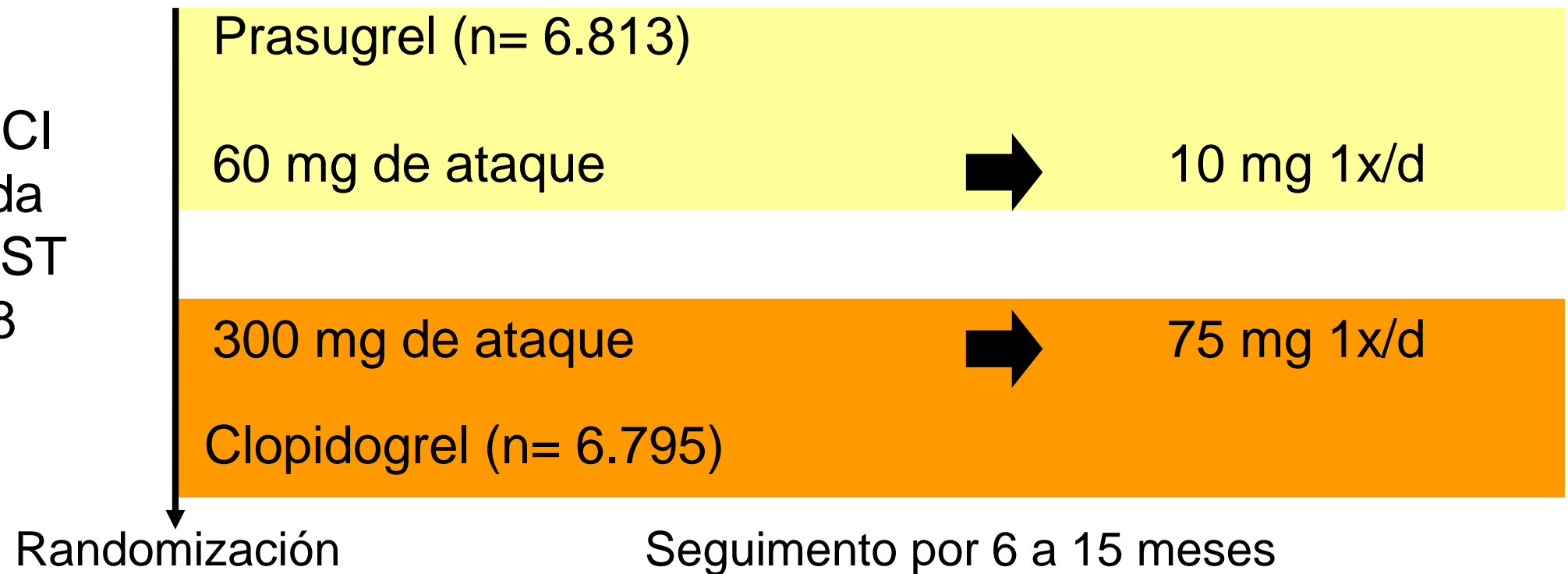
# Caso 2 – CURRENT OASIS 7

## Resultados

	Estandar (n= 12.520)	Duplicada (n= 12.566)	HR (IC 95%)	P
Muerte CV, IAM, ACV (%)				
Población Total	4,4	4,2	0,94 (0,83–1,06)	0,30
PCI	4,5	3,9	0,86 (0,74–0,99)	0,04
No PCI	4,2	4,9	1,14 (0,95–1,44)	0,22
Sangrado Mayor (%)				
TIMI	1,3	1,7	1,26 (1,03-1,54)	0,03
CURRENT	2,0	2,5	1,24 (1,05-1,46)	0,01
Relacionado con CRM	1,7	2,2	1,28 (1,07-1,54)	0,01

# Caso 2 – TRITON / TIMI 38

SCA con PCI  
Programada  
24% IAM-CST  
n= 13.608



Objetivo primario

Eficacia

Punto Final Compuesto (muerte CV, IAM o ACV)

Seguridad

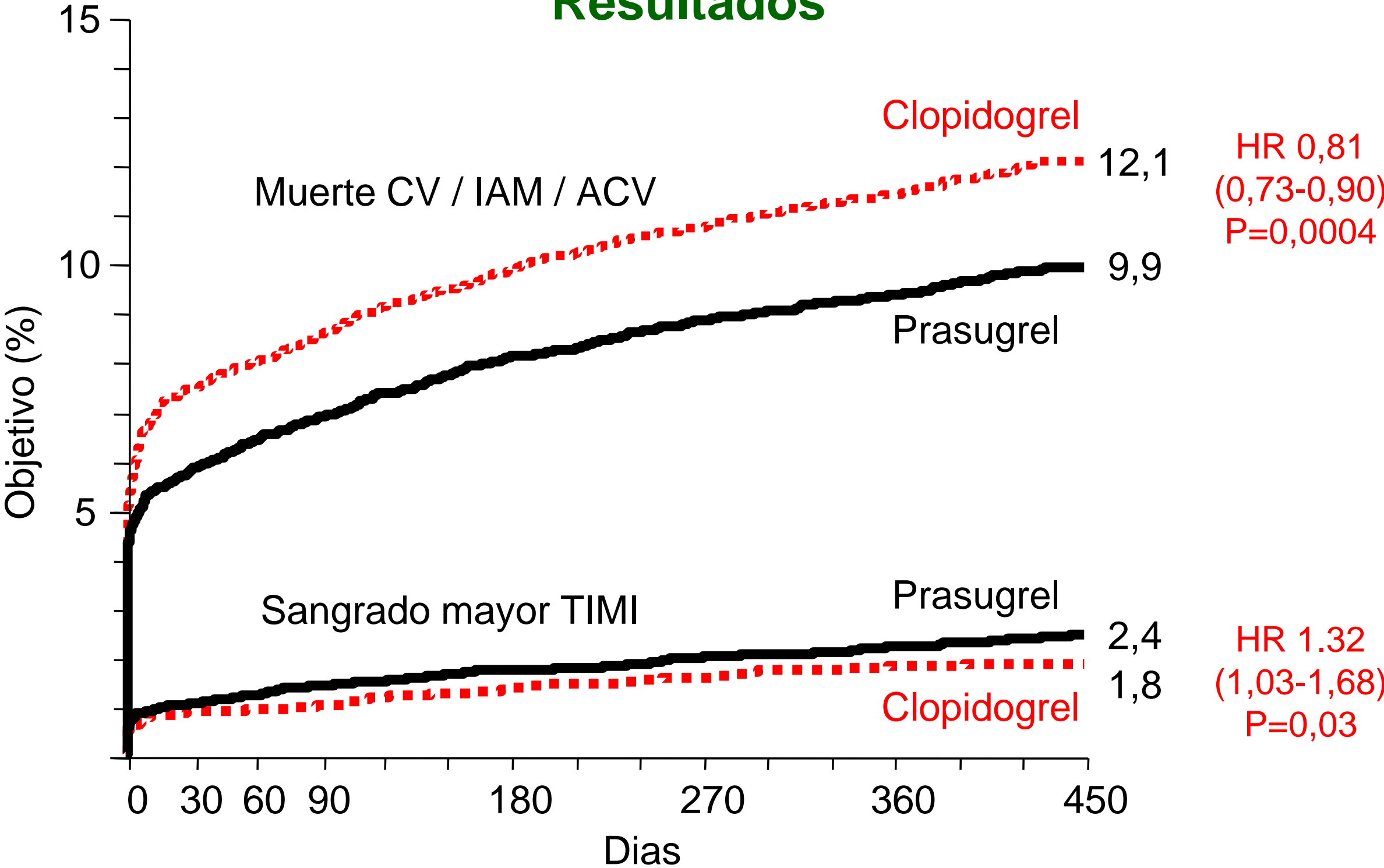
Sangrado Mayor (TIMI)

99% PCI en el período de la randomización

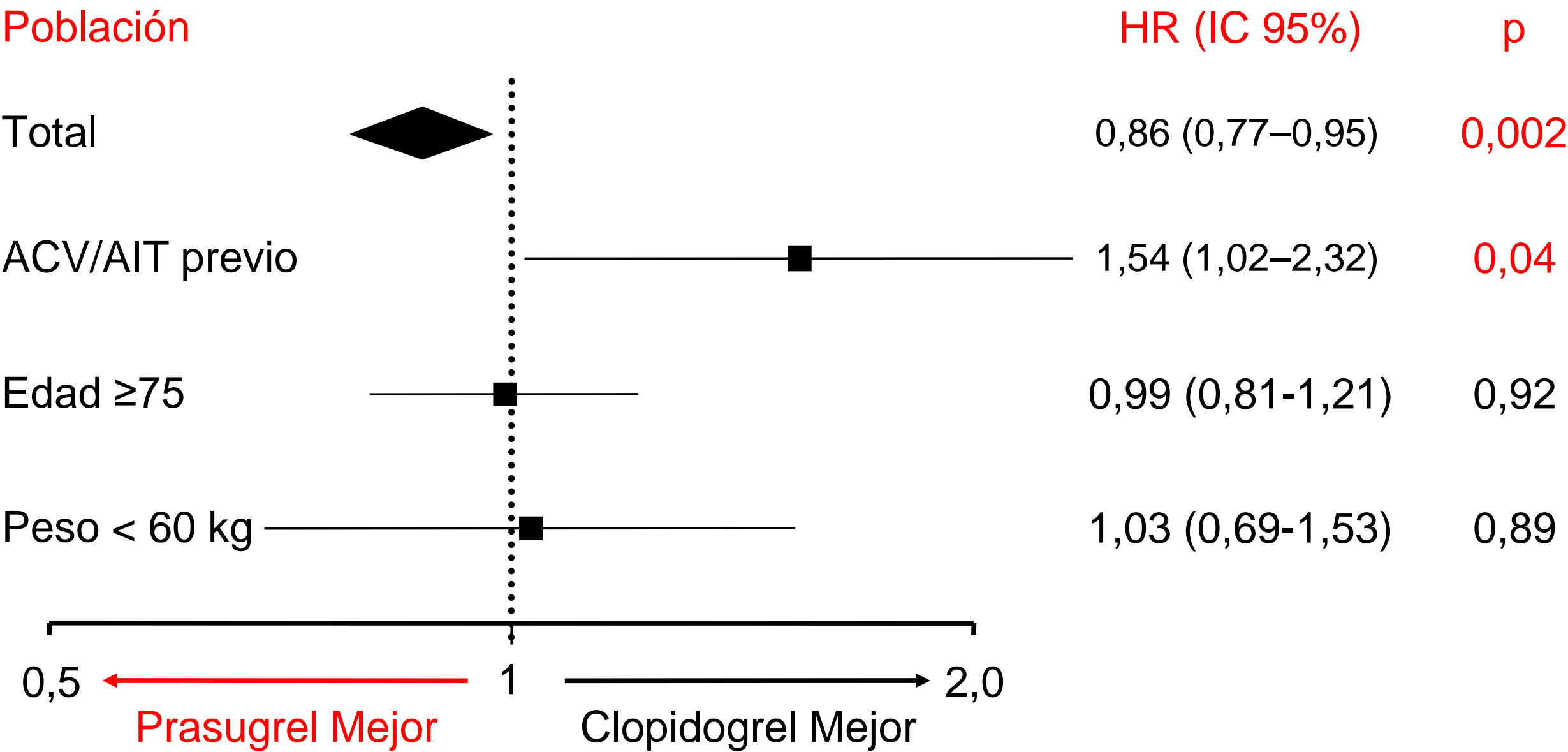
Medicamento administrado antes de la introducción de la aguja guía en el 25% y durante o dentro de 1 h en el 74%

# Caso 2 – TRITON / TIMI 38

## Resultados

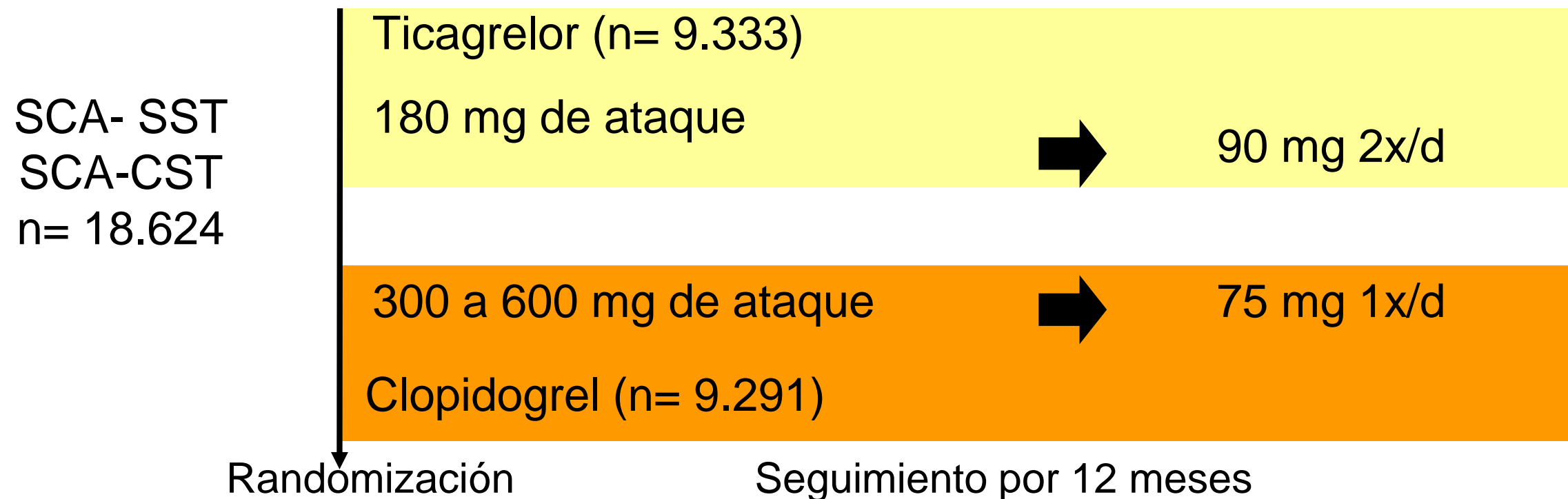


# Caso 2 – TRITON / TIMI 38



Se observó un incremento en la incidencia de cáncer de colon en el grupo de prasugrel

# Caso 2 – PLATO



## Objetivo primario

### Eficacia

Punto Final Compuesto (Muerte CV, IAM o ACV)

### Seguridad

Sangrado Mayor (PLATO)

Randomización: < 24h; podía estar recibiendo o recibir clopidogrel  
Manejo clínico: n= 5.216 (28%); Manejo invasivo: n=13.408 (72%)

# Caso 2 – PLATO

## Resultados

	Ticagrelor (n= 5.640)	Clopidogrel (n= 5. 649)	HR (IC 95%)	P
<b>Eficacia, 12 m (%)</b>				
Muerte CV, IAM, ACV	9,8	11,7	0,84 (0,77–0,92)	<0, 001
Muerte CV	4,0	5,1	0,79 (0,69-0,91)	0,001
IAM	5,8	6,9	0,84 (0,75-0,95)	0,005
ACV	1,5	1,3	1,17 (0,91-1,52)	0,22
<b>Sangrado mayor (%)</b>				
Total	11,6	11,2	1,04 (0,95-1,13)	0,43
No relacionado a CRM	4,5	3,8	1,19 (1,02-1,38)	0,03

Los beneficios de ticagrelol fueron observados independientemente de uso previo de clopidogrel o si los paciente recibieron manejo medico o estrategia invasiva.

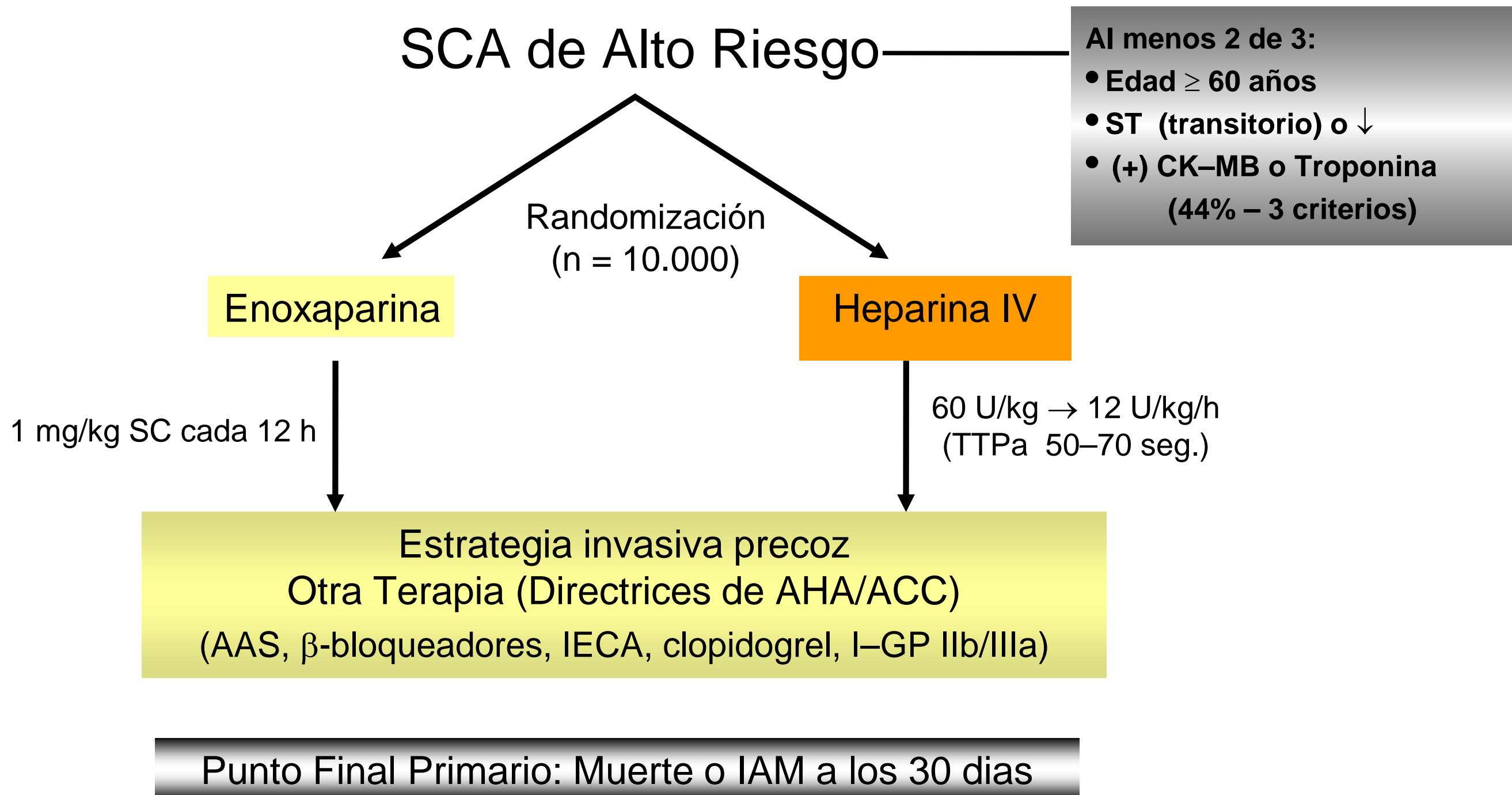
# Caso 2 – PLATO

## Efectos colaterales

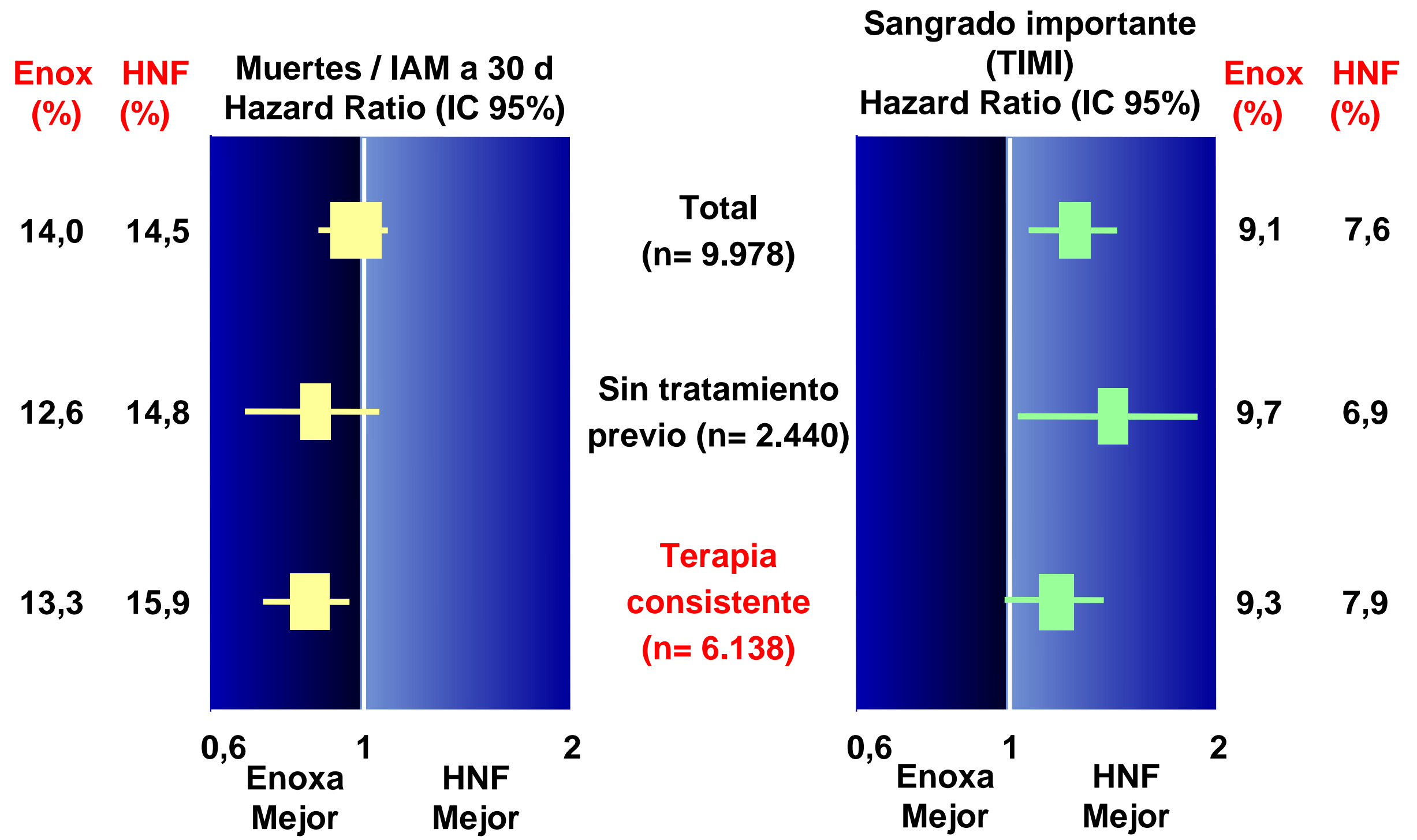
	Ticagrelor	Clopidogrel	P
Pausa ventricular > 3 seg (1ª sem), %	5,8	3,6	0,01
Disnea total, %	13,8	7,8	<0,001
Disnea con discontinuación de tto, %	0,9	0,1	<0,001
% ↑ ácido úrico, 30 días	14,0	7,0	<0,001
% ↑ ácido úrico, 1 año	15,0	7,0	<0,001
% ↑ creatinina, 30 días	10,0	8,0	<0,001
% ↑ creatinina, 1 año	11,0	9,0	<0,001



# Caso 2 – Estudio SYNERGY



# Caso 2 – Estudio SYNERGY



# Caso 2 – Estudio SYNERGY

## Eventos

Sangrado	Enoxaparina (n = 4993)	HNF (n = 4985)	P
GUSTO grave	2,9	2,4	0,106
TIMI mayor	9,1	7,6	0,008
Transfusión	17,0	16,0	0,155
ACV Hemorrágico	< 0,1	< 0,1	NS

Trombosis	Enoxaparina (n = 2321)	HNF (n = 2364)
Angioplastia sin éxito	3,6	3,4
Riesgo de oclusión u oclusión	2,4	2,7
CRM de emergencia	0,3	0,3

# Caso 2 – OASIS 5

SCA sin elevación persistente de ST, dolor < 24 h  
≥ 2 de 3: edad > 60 años,  $\Delta$  ST,  $\uparrow$  marcadores

AAS, Clopidogrel, GP IIb/IIIa  
PCI conforme a la práctica local

Randomización  
N= 20.078

Fondaparinux 2,5 mg SC/día  
por 8 días o hasta el alta

PCI (34,3 %)  
Dosis adicional de fonda IV

Enoxaparina 1 mg/Kg 2x/d  
por 2-8 días o hasta estabilidad

PCI (34,3%)  
HNF, si enoxa > 6 h

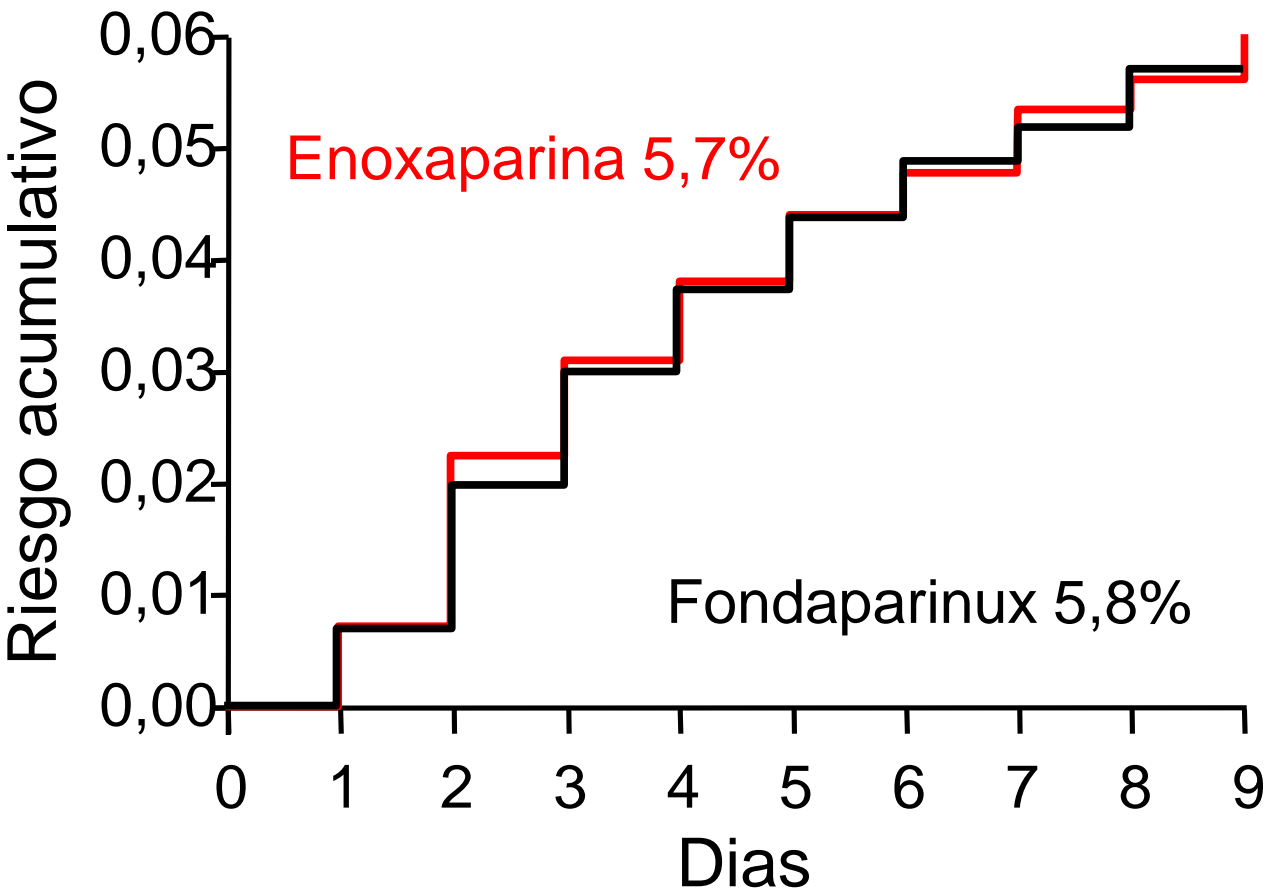
Objetivos primarios – 9° día  
Eficacia: muerte, IAM, isquemia refractaria  
Seguridad: sangrado mayor

# Caso 2 – OASIS 5

## Resultados

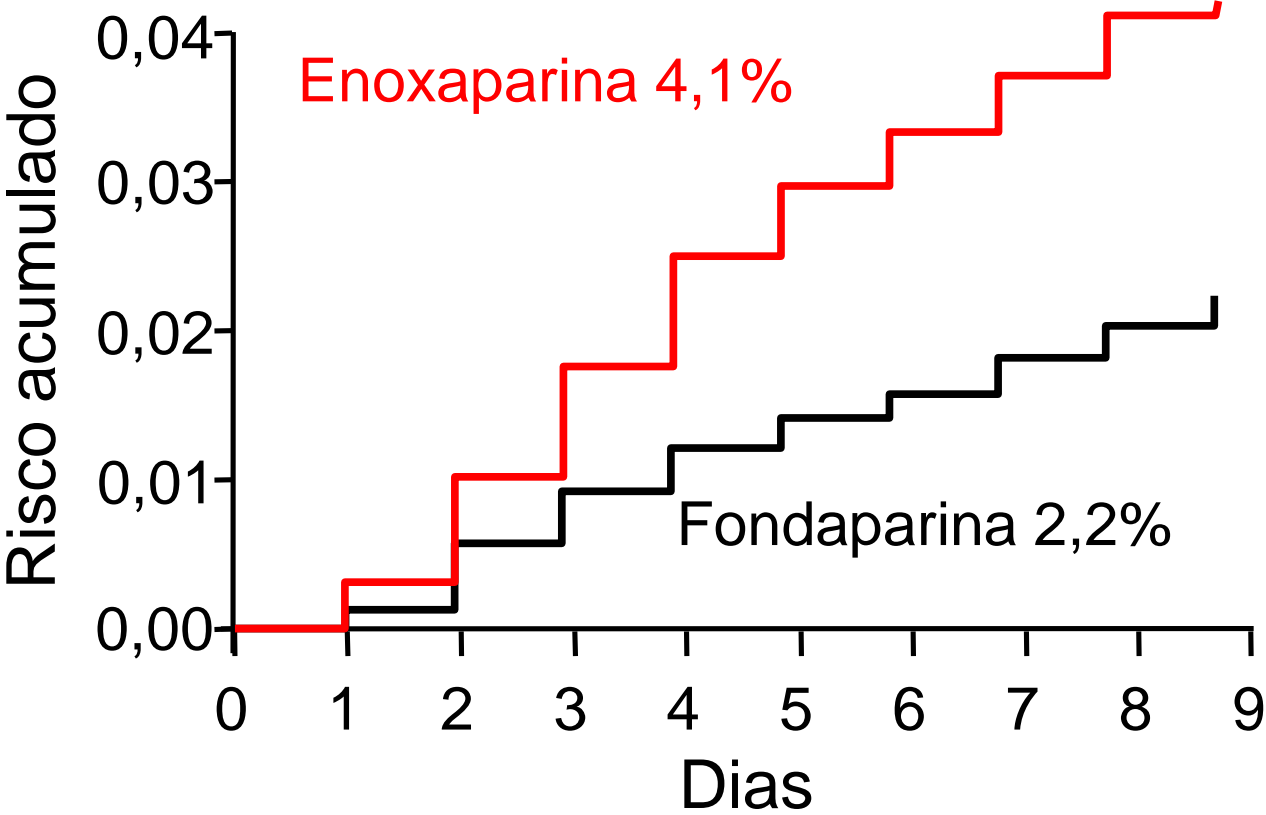
Desenlace 1<sup>ario</sup> - Muerte, IAM o  
isquemia refractaria

HR= 1,01 (0,90–1,13)  
p=NS



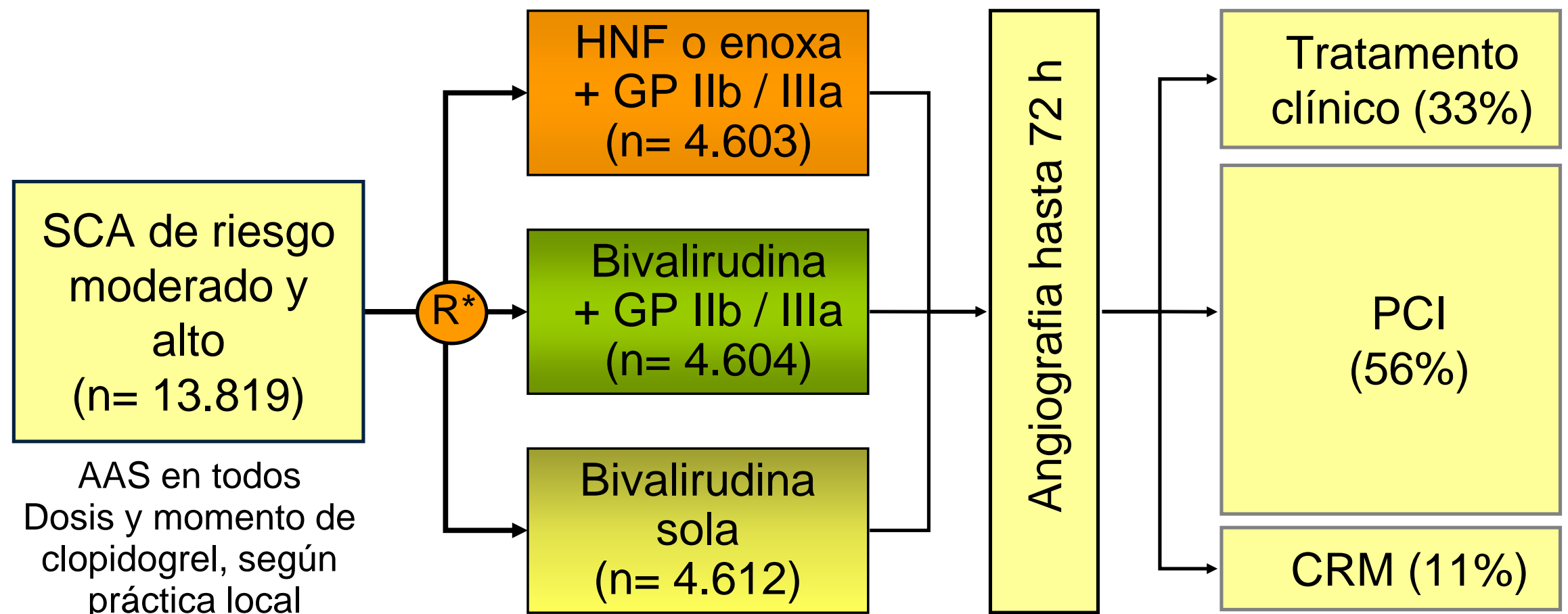
Sangrado mayor

HR= 0,52 (% 0,44–1,61)  
p < 0,001



# Caso 2 – ACUITY

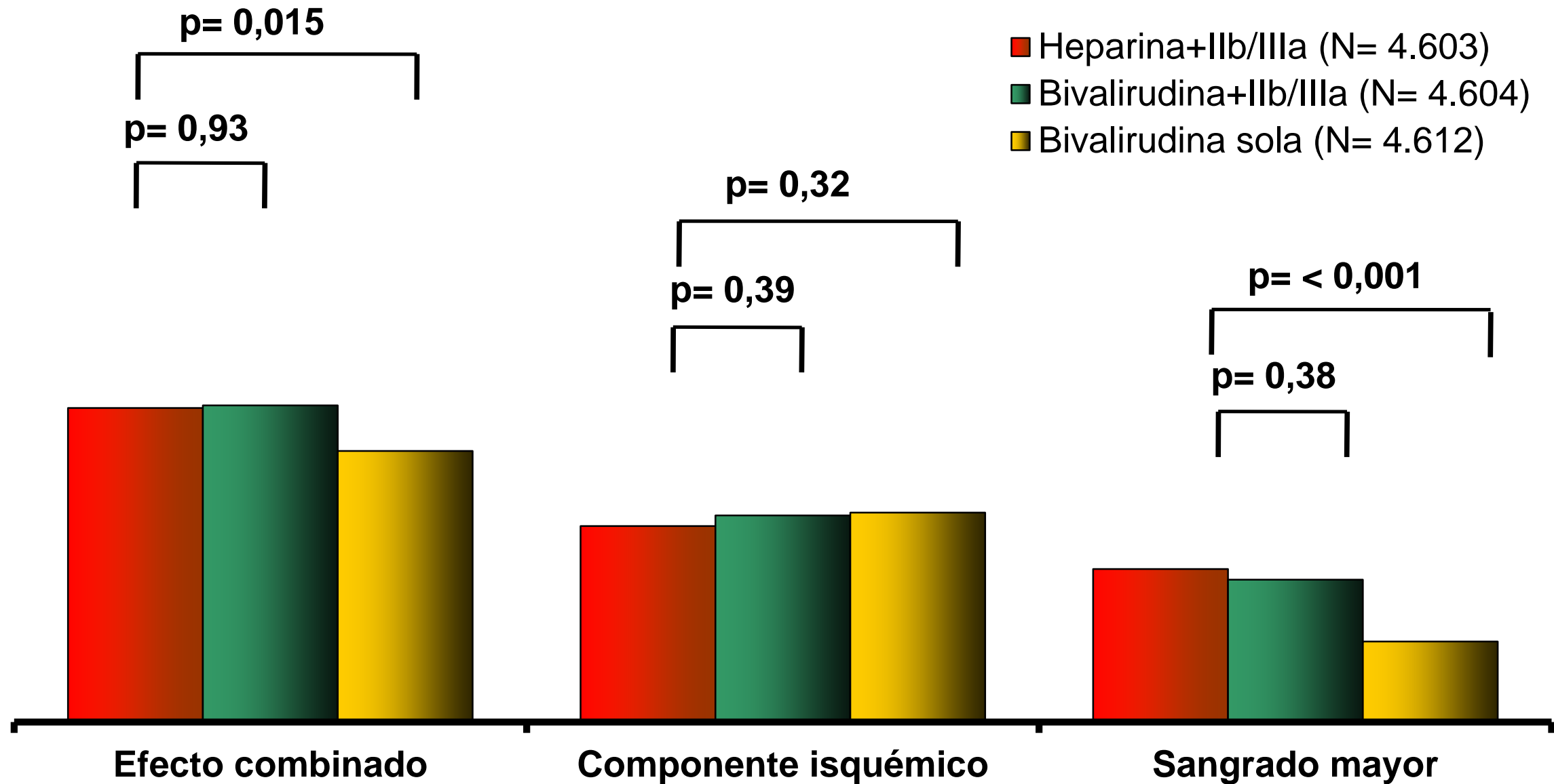
## Diseño



\* Estratificado por el uso de tieonopiridinas pre-randomización

# Caso 2 – ACUITY

## Resultados



# Inhibidor de GP IIb/IIIa

## ◆ ¿Por qué?

Inhibe receptor GP IIb/IIIa de la plaqueta

Inhibe vía final común de la agregación plaquetaria

↓ muerte, IAM y necesidad de CRM

## ◆ ¿Cuándo?

AI / IAM sin supra tratados clínicamente

Eptifibatide y tirofiban

PCI programada

Abciximab y eptifibatide

Utilizar Enoxaparina o HNF – Consistente



# Caso 2 – Inhibidor de GP IIb/IIIa

## □ ¿Cómo? Tirofiban

0,4 µg/kg/min en 30 min  
0,1 µg/kg/min por 48 – 96 h

SF – 200 mL  
Tirofiban – 50 mL

Ataque  
Peso x 0,48 mL/h por 30 min

Mantenimiento  
Peso x 0,12 mL/h por 48–96 h

## Abciximab

0,25 mg/kg IV en bolo (10 a 60 min antes de la angioplastia)  
0,125 µg/kg/min por 12 – 24 h

# Inhibidor de GP IIb/IIIa

## ◆ ¡Atención!

Plaquetas < 150.000

Alergia o uso de otro inhibidor GP IIb/IIIa

Dissección de Ao, pericarditis, HTA grave

Presencia/Ocurrencia < 30 días de

Sangrado interno activo

ACV o neoplasia de SNC

Cirugía o trauma de gran tamaño

# Caso 2 – Tratamiento

## ◆ Riesgo alto

Internación en UCO

MONAβCH

Estrategia Precoz