

Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología

Síndromes Coronarios Agudos sin elevación del segmento ST

Coordinador general

Dr. Navarro Estrada, Jose L

Secretarios

Dr. Constantin, Iván

Dr. Gonzalez, Nicolás

Comité de redacción

Dr. Bazzino, Oscar

Dr. Mauro, Víctor

Dr. Charask, Adrián

Dr. Nau, Gerardo

Dr. Duronto, Ernesto

Dr. Perez de Arenaza, Diego

Dr. Gonzalez, Miguel Angel

Dr. Salvati, Ana

Dr. Hirschson Prado, Alfredo

Dr. Trivi, Marcelo

Comité revisor

Dr. Ahuad G, Andres

Dr. Fuselli, Juan

Dr. Peidro, Roberto

Dr. Alvarez Iorio, Carlos

Dr. Gagliardi, Juan

Dr. Perez Baliño, Nestor

Dra. Baeff, Olga

Dr. Guzman, Luis

Dr. Pocovi, Antonio

Dr. Barrero, Carlos

Dr. Iglesias, Ricardo

Dr. Sampó, Eduardo

Dr. Belardi, Jorge

Dr. Londero, Hugo

Dr. Santaera, Omar

Dr. Cagide, Arturo

Dr. Lowenstein, Jorge

Dr. Sarmiento, Ricardo

Dr. Casey, Marcelo

Dr. Mele, Eduardo

Dr. Sellanes, Miguel

Dr. Cohen Arazi, Hernan

Dr. Navia, Jose

Dr. Tajer, Carlos

Dr. Diaz, Rafael

Dr. Nauwerk, Ricardo

Dr. Villareal, Ricardo

Dr. Falú, Edmundo

Dr. Palacio, Alejandro

Grados de recomendación

Clase I

Evidencia y/o acuerdo global de que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo

Clase II

Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento

Clase IIa: El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia

Clase IIb: La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión

Clase III

Evidencia o acuerdo global de que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial

Niveles de evidencia

Nivel de evidencia A

Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos con distribución aleatoria o metaanálisis

Nivel de evidencia B

Datos procedentes de un único ensayo clínico con distribución aleatoria o de grandes estudios sin distribución aleatoria

Nivel de evidencia C

Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, práctica habitual

SCA sin elevación del segmento ST

Estratificación de Riesgo

Redacción: Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo
Dr. GONZALEZ, Miguel A.

Estratificación de Riesgo

Riesgo al ingreso → Evaluación dinámica que podríamos dividir en:

Ingreso

cuadro clínico, ECG, marcadores /Tn, Scores clínicos, (Grace, Timi).
Estrategias Invasiva o conservadora inicial.

Etapas evolutivas

Evaluación de respuesta al tratamiento

Etapas pre alta

Test de isquemia en pacientes con estrategia conservadora inicial.

SCORES de Riesgo

Score de AHA/ACC

Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

TIMI

SCA sin elevación del segmento ST Estratificación de Riesgo ACC.AHA

Pacientes de Alto Riesgo

Datos Evaluados	Criterio de Riesgo
Historia	Progresión de los síntomas anginosos en las ultimas 48 hs con episodios de reposo
Características del dolor	Dolor prolongado mayor de 20 minutos de duración presente al ingreso
Hallazgos clínicos	Edema pulmonar Soplo nuevo o aumento de uno preexistente Tercer ruido Rales o aumento de rales previos Hipotensión, shock
ECG	Cambios en segmento ST dinamicos o persistentes Bloqueo de rama nuevo Taquicardia ventricular sostenida
Biomarcadores	Elevados

SCA sin elevación del segmento ST Estratificación de Riesgo ACC.AHA

Pacientes de Riesgo Moderado

Datos Evaluados	Criterio de Riesgo
Historia	Infarto previo, enfermedad vascular periférica o cerebrovascular, cirugía de revascularización previa, Uso previo de AAS
Características del dolor	Angina de reposo menor a 20 minutos de duración o que alivia con el reposo o NTG sublingual
Hallazgos clínicos	Edad > 70 años
ECG	Inversión de Onda T > 0,2 mV Ondas Q patológicas
Biomarcadores	Negativos

SCA sin elevación del segmento ST Estratificación de Riesgo ACC.AHA

Pacientes de Bajo Riesgo

Datos Evaluados	Criterio de Riesgo
Características del dolor	Angina de reciente comienzo , sin angina de reposo prolongada
ECG	Normal o sin cambios durante el episodio de dolor
Biomarcadores	Negativos

Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)

Estratificación del riesgo mas precisa tanto al ingreso como al alta

Ocho variables:

edad	presión arterial sistólica
frecuencia cardíaca	creatinina plasmática
clase de Killip	infradesnivel del segmento ST
elevación de marcadores	paro cardiaco al ingreso

TIMI

Su precisión discriminatoria es inferior a la del sistema de clasificación de riesgo GRACE.

No incluye factores de riesgo críticos como la clase Killip, la frecuencia cardiaca y la presión arterial sistólica y la función renal.

Escala GRACE (0-258)									
Edad (años)		Frecuencia cardíaca		TA sistólica (mmHg)		Creatinina (mg/dl)		Clase de Killip	
Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos	Rango	Puntos
40-49	18	< 70	0	< 80	63	≤ 0,39	2	Clase I	0
50-59	36	70-89	7	80-99	58	0,4-0,79	5	Clase II	21
60-69	55	90-109	13	100-119	47	0,8-1,19	8	Clase III	43
70-79	73	110-149	23	120-139	37	1,2-1,59	11	Clase IV	64
≥ 80	91	150-199	36	140-159	26	1,6-1,99	14		
		≥ 200	46	160-199	11	2-3,99	23		
				≥ 200	0	≥ 4	31		
Paro cardiorrespiratorio al ingreso: 43									
Elevación de las enzimas cardíacas: 15									
Desviación del segmento ST: 30									

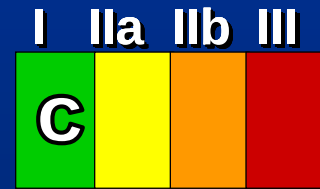
Clasificación de riesgo Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE):

Categoría de riesgo	Clasificación de riesgo	Mortalidad intrahospitalaria (%)
Bajo	< 108	<1
Intermedio	109-140	1-3
Alto	>140	>3
Categoría de riesgo	Clasificación de riesgo	Mortalidad a 6 meses del alta
Bajo	<88	<3
Intermedio	88-118	3-8
alto	>118	>8

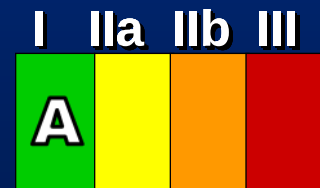
SCASEST

Estratificación de riesgo /Recomendaciones

- Los pacientes con diagnóstico de SCA deben internarse en Unidad Coronaria o de Cuidados Críticos.



- Diagnóstico y estratificación de riesgo al ingreso se deben basar en clasificaciones (ACC/AHA), o scores (GRACE- TIMI) extensamente validados .



SCA sin elevación del segmento ST

Manejo de Troponinas

Redacción: Dr Oscar Bazzino

Definición Universal de IAM 2013

“Evidencia de necrosis miocárdica en el contexto clínico de isquemia miocárdica aguda”

IAM tipo I

Aumento o disminución de un biomarcador (preferentemente Troponina), con al menos un valor encima del percentilo 99 y alguno de los siguientes:

- *Síntomas de Isquemia.*
- *Nuevos cambios STT o BRI.*
- *Aparición de ondas Q patológicas.*
- *Imagen de perdida de miocardio o alteración contráctil regional*
- *Hallazgo de trombos coronarios en la CGF o en la autopsia*

Causas de Elevación de cTn

Isquemia

Miocarditis

Insuficiencia Renal Crónica

Infiltración (amiloidosis)

Hipertrofia VI

Contusión

Tóxicos

TEP/HP

Tratamiento por radiofrecuencia

Takotsubo

Incisiones cardiacas

Desfibrilación

Ejercicio extremo

Definición Universal de IAM 2013

“INJURIA MIOCARDICA”

Necrosis de miocitos con elevación del nivel de troponina, *sin evidencia clínica, ECG, o de imágenes miocárdicas compatibles con isquemia de tipo agudo o crónica*

*JACC 2012, 60:1581-98

Troponina Elevada

AGUDA

CRONICA

Injuria

Infarto de Miocardio

Injuria

IAM tipo I

- InfraST
- SupraST

IAM tipo II

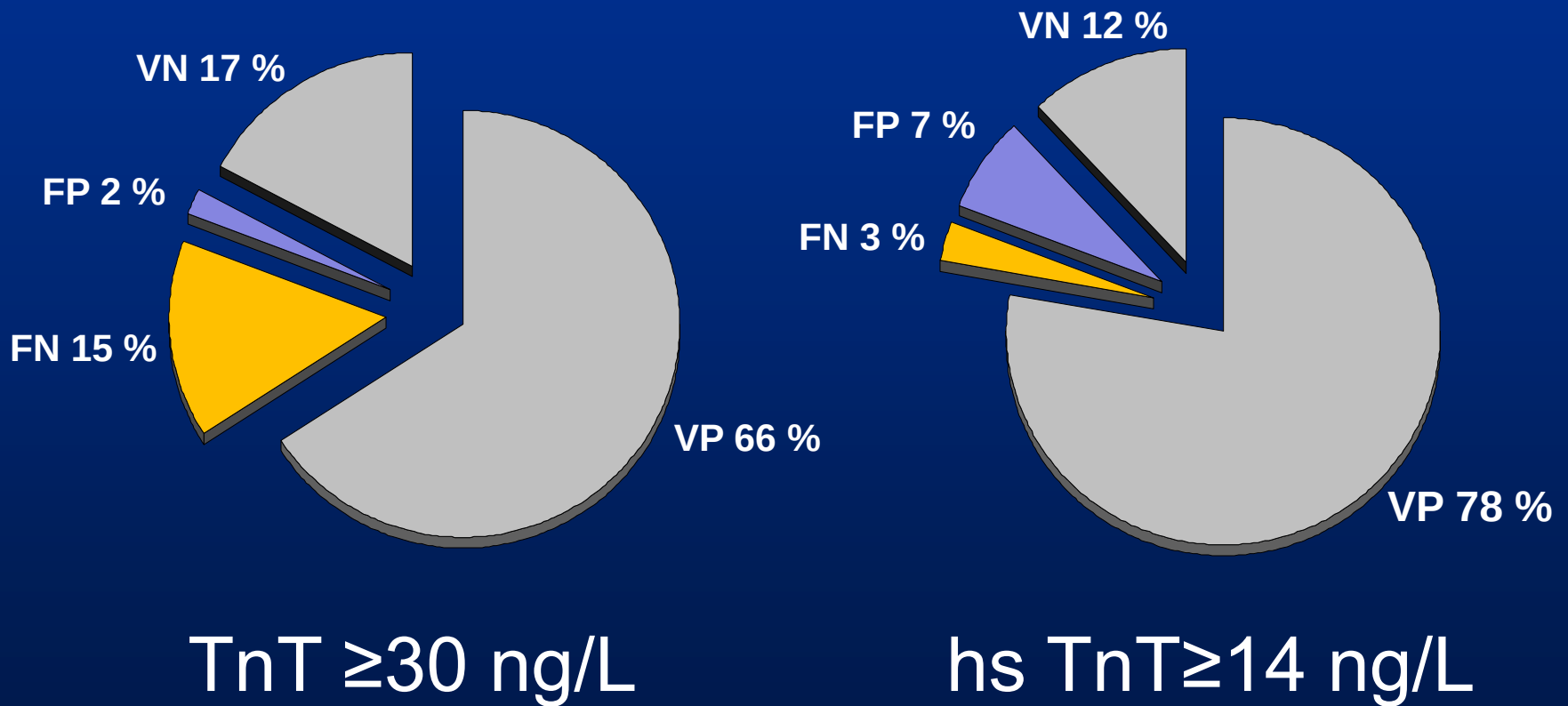
- Vasoespasmo
- Taquiarritmia
- Hipoxia
- Est Aortica
- HTA
- Embolia Cor
- Ejercicio Extr

- Miocarditis
- Trauma
- Sepsis
- Toxicidad
- TEP
- Takotsubo
- ICC Aguda

- Isquemia?
- IRC
- ICC
- HVI
- Infiltracion
- Toxicidad

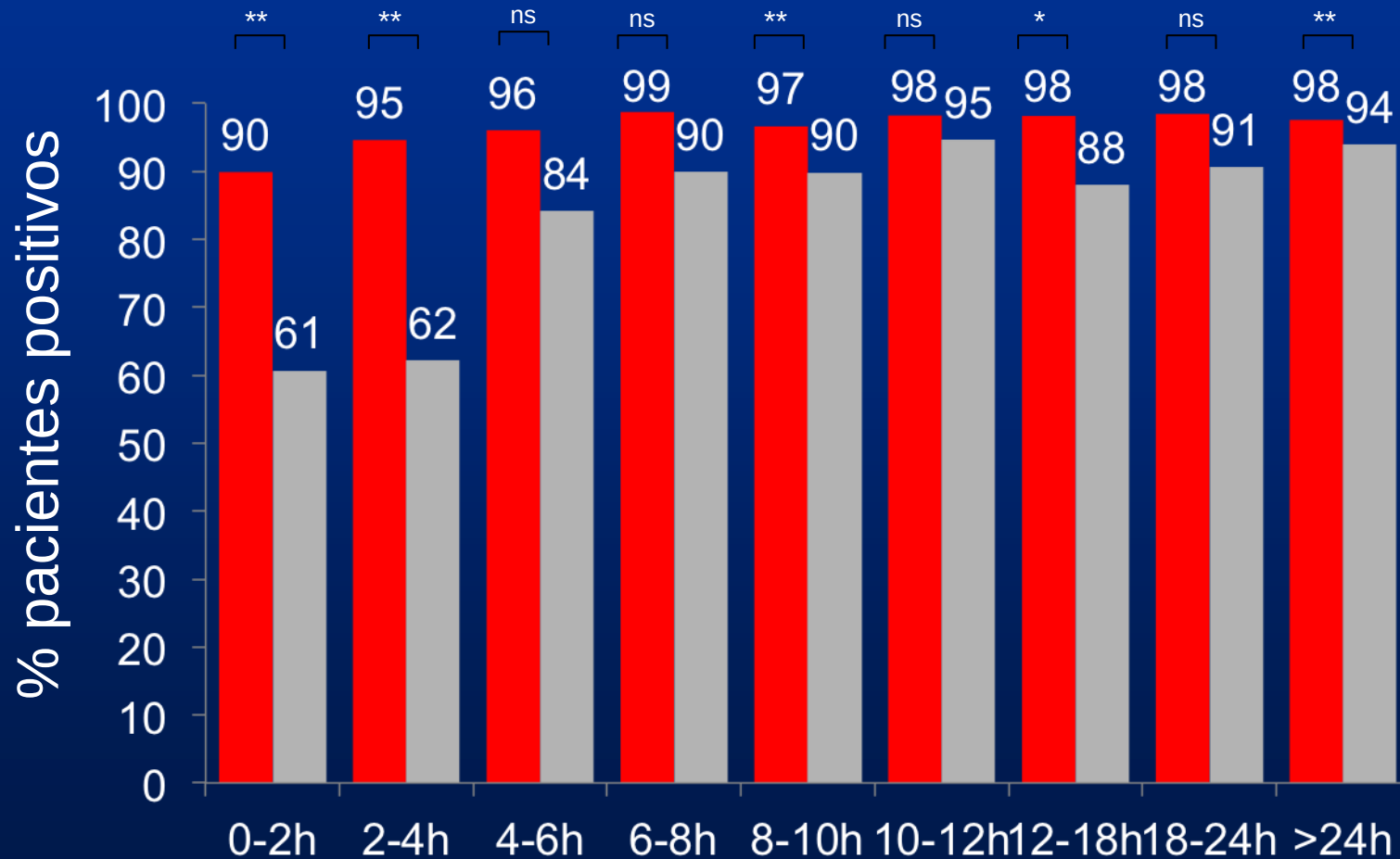
hsTnT. Valor para diagnostico de IAM

Bad Nauheim registry

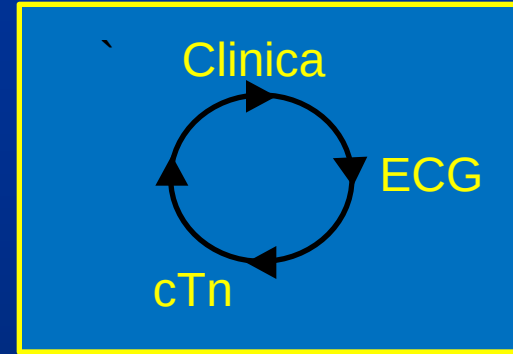
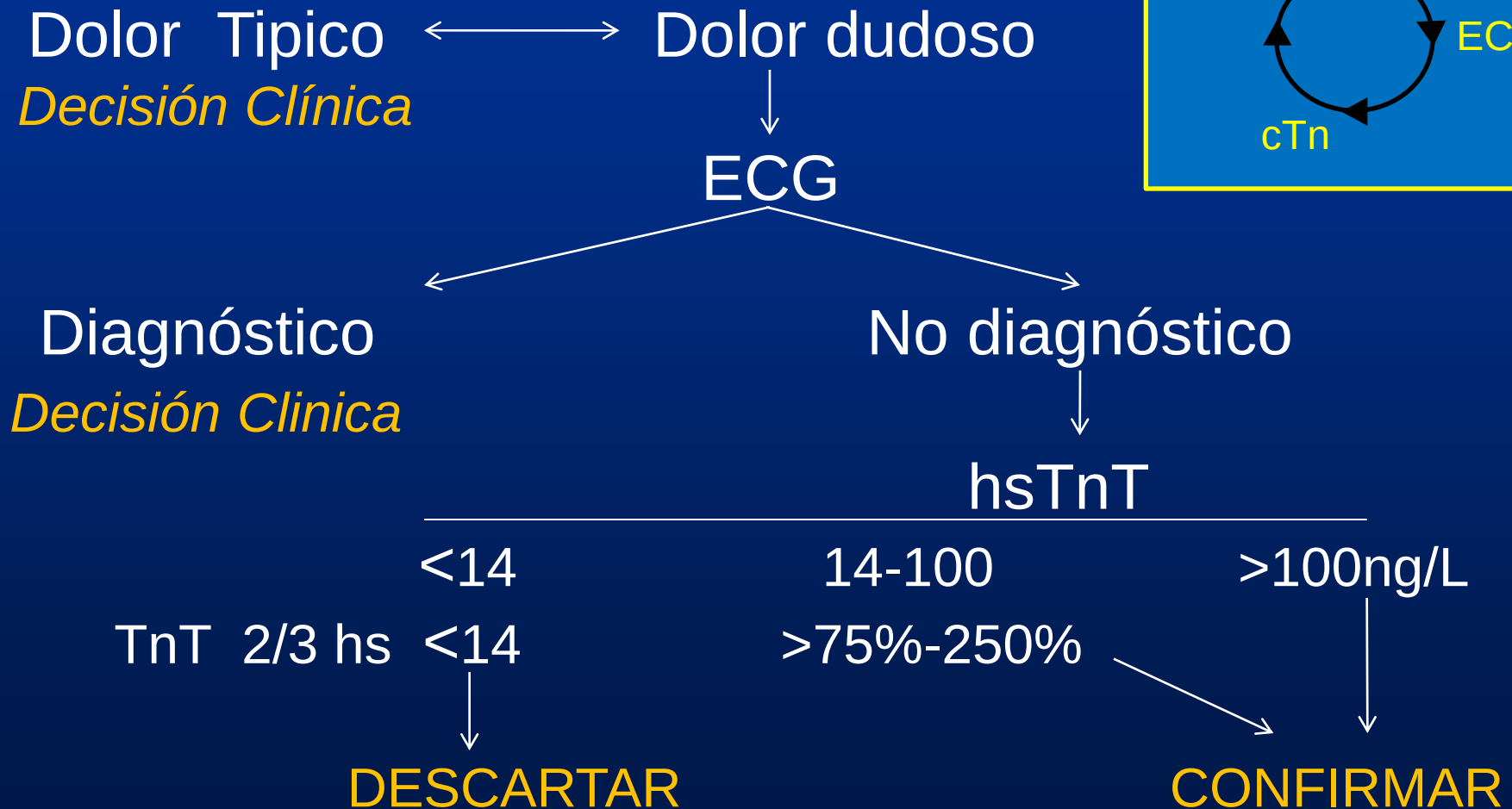


Efecto de la ventana de tiempo

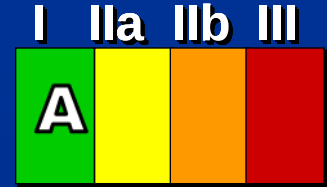
hs TnT ■ vs cTnT



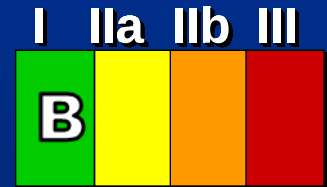
Nuevas Troponinas de AS



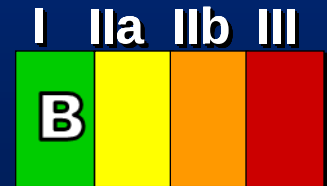
- Troponina es el biomarcador de preferencia para el diagnóstico de infarto de miocardio.



- La troponina de alta sensibilidad tiene mayor precisión diagnóstica que las troponinas convencionales y reduce significativamente el tiempo al diagnóstico



- En el dosaje seriado debe usarse rutinariamente para diferenciar eventos agudos de las elevaciones crónicas asociadas a cardiopatía estructural



SCA sin elevación del segmento ST

Evaluación del Riesgo Hemorrágico

Redacción: Dr. Ernesto Duronto

Evaluación del Riesgo Hemorrágico. Escore CRUSADE

CRUSADE

1-Hematocrito

2-Frec. Card.

3-TA

4- ACV-Vasc

5- Sex fem

6- DBT

7- ICC

8- cl/creat

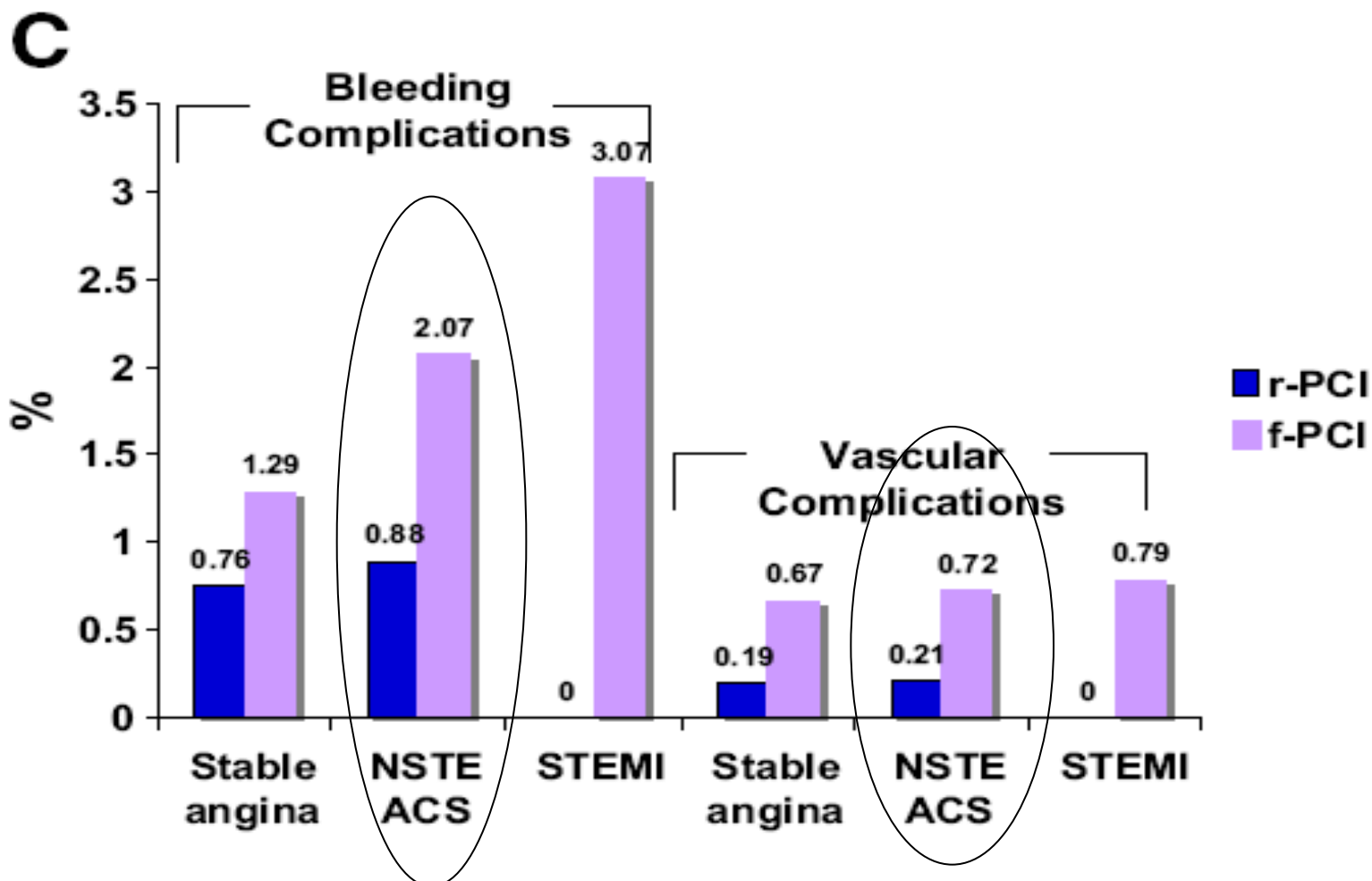
Puntaje	Riesgo Hemorragico	Sangrado (%)
0-20	Muy Bajo	3,1
21-30	Bajo	5,5
31-40	Intermedio	8,6
41-50	Alto	11,9
>50	Muy alto	19,5

Evaluación del Riesgo Hemorrágico. Escore CRUSADE

	CRUSADE Bleeding Score	n (%)	Major Bleeding Events (%)
STEMI, n = 42,918			
	≤20	19,050 (44.4)	1,036 (5.4)
	21–30	9,864 (23.0)	1,002 (10.2)
	31–40	6,565 (15.3)	956 (14.6)
	41–50	4,250 (9.9)	857 (20.2)
	>50	3,189 (7.4)	928 (29.1)
NSTEMI, n = 61,540			
	≤20	19,803 (32.2)	605 (3.1)
	21–30	11,134 (18.1)	670 (6.0)
	31–40	9,831 (16.0)	822 (8.4)
	41–50	8,944 (14.5)	1,099 (12.3)
	>50	11,828 (19.2)	2,314 (19.6)

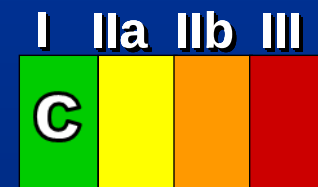
CRUSADE = Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early Implementation of ACC/AHA [American College of Cardiology/American Heart Association]

Sangrado y Complicaciones de la Vía Femoral y Radial Según Indicación de ATC.



Medidas para la prevención de la hemorragia

- Se recomienda evaluar individualmente el riesgo hemorrágico de los pacientes utilizando algún score de riesgo de sangrado validado (Crusade, OASIS 5).



- Se recomienda evaluar en cada paciente el tipo de antitrombotico y la duración del tratamiento a utilizar, basados en los riesgos isquémico y hemorrágico.



- Se recomienda utilizar fármacos o combinaciones de fármacos y procedimientos no farmacológicos (acceso vascular radial) con riesgo reducido de sangrado en pacientes con alto riesgo de hemorragia.



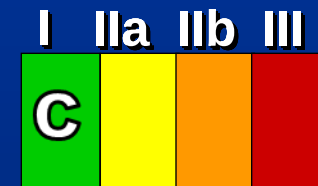
Medidas para la prevención de la hemorragia

- Se recomienda la protección del sangrado gastrointestinal mediante la administración de inhibidores de la bomba de protones o bloqueantes H₂, conjuntamente con los antitrombóticos a pacientes con riesgo aumentado de hemorragias gastrointestinales:
 - Edad >65 años
 - Historia de ulcera o hemorragia gastrointestinal
 - Infección por H Pylori
 - Escore CRUSADE alto
 - Uso de AINE, corticoides o anticoagulación.



Recomendaciones en caso de Hemorragia

- Está indicada la interrupción o neutralización de los tratamientos anticoagulantes y antiplaquetarios en caso de hemorragia mayor, excepto cuando se pueda controlar adecuadamente con medidas hemostáticas específicas.



- Se debe manejar las hemorragias menores preferiblemente sin interrumpir los tratamientos activos



Recomendaciones en caso de Hemorragia

- La transfusión sanguínea está indicada únicamente después de la evaluación individual, cuando el hematocrito sea inferior a 25% o el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable o con signos de isquemia miocárdica secundarios a la caída del hematocrito ocasionada por el sangrado.

I	Ila	Ilb	III
B			

SCA sin elevación del segmento ST

Tratamiento Anti-isquémico

Redacción: Dr Gonzalez Nicolas,
Dr Constantin Ivan

Tratamiento Anti-isquémico

- Sin ensayos clínicos randomizados de grandes dimensiones
- Pequeños ensayos en la era pre-anticoagulación y doble antiagregación
- Basada en principios fisiopatológicos
- Experiencia clínica

Tratamiento Anti-isquémico

Objetivos

↓ Consumo de
O₂ miocárdico

↑ Aporte O₂
miocárdico

↓ FC

↓ TA

↓ Estrés parietal

Vasodilatación
coronaria

O₂ suplementario

betabloqueantes

Nitroglicerina

Analgesia

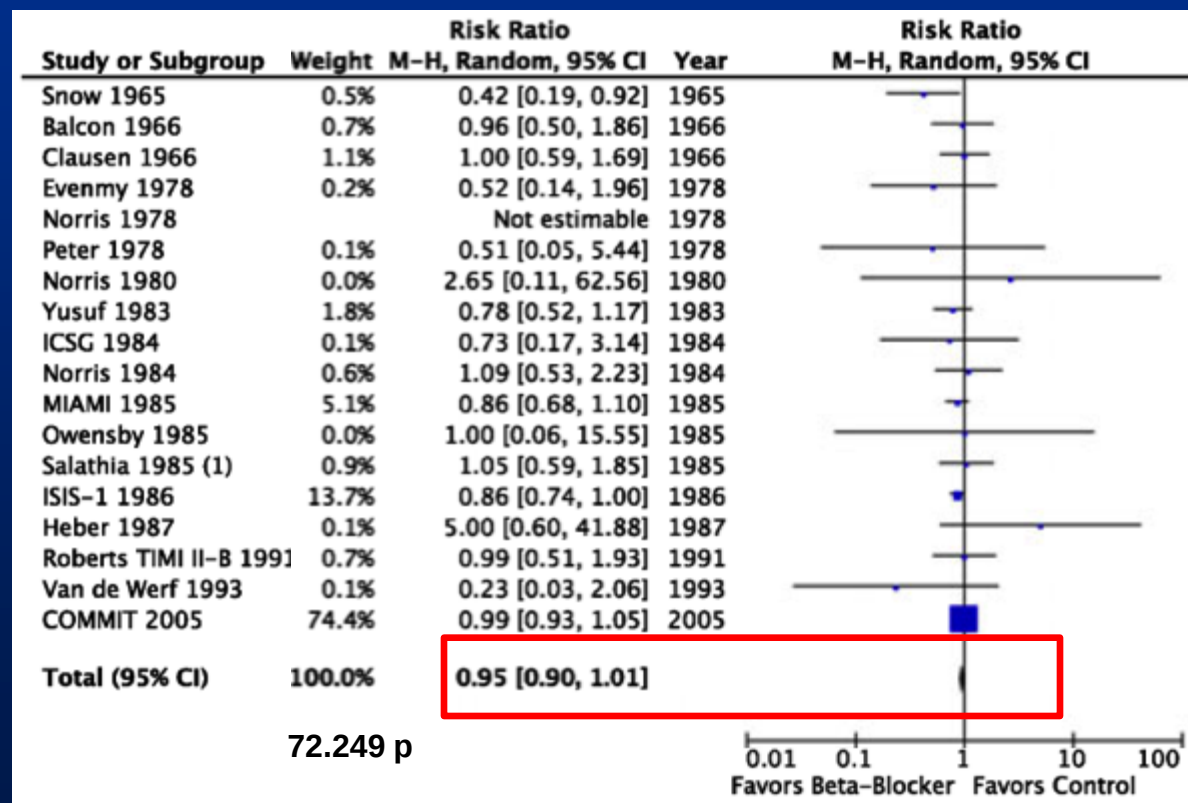
Bloqueantes
cálcicos

Ivabradina??

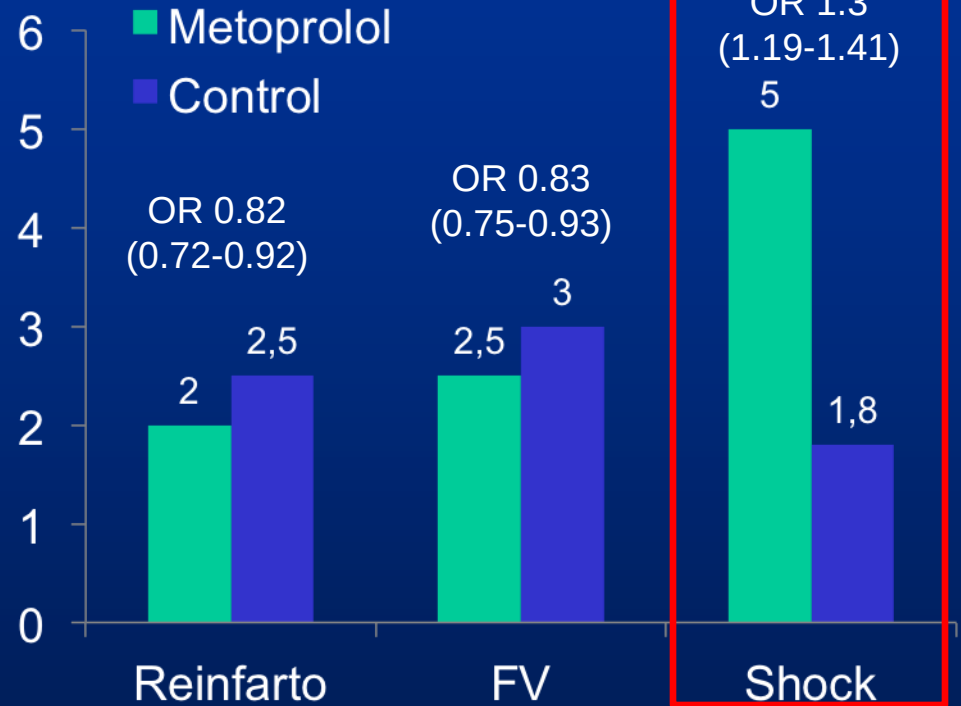
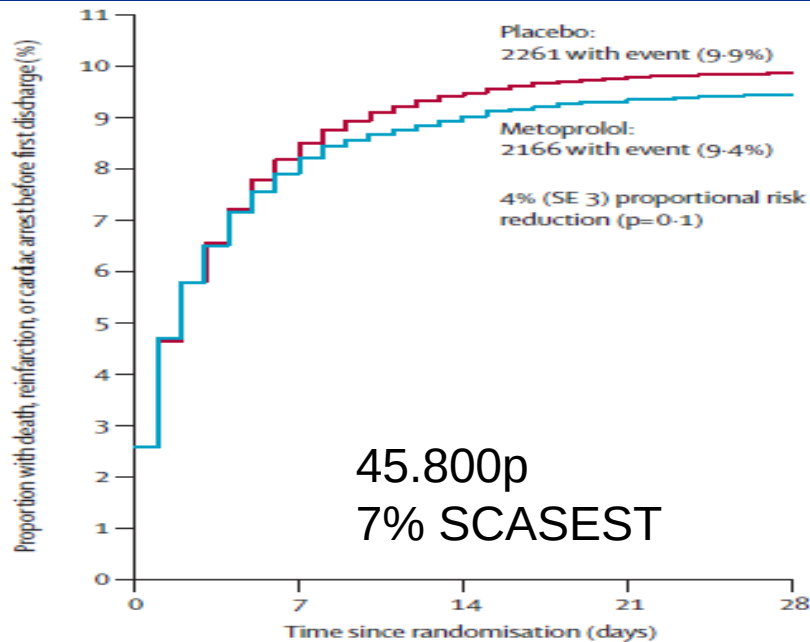
BCIAo

Tratamiento Anti-isquémico Beta-bloqueantes

N estudios	N pacientes	Mortalidad	Infarto (RRR)
5	4700	-	13 (1-23)

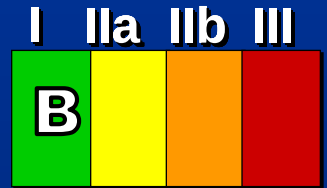


Tratamiento Anti-isquémico Beta-bloqueantes



Tratamiento Anti-isquémico

Beta-bloqueantes



- Beta-bloqueantes dentro las primeras 24 hs por vía oral, para conseguir un doble producto adecuado, en ausencia de contraindicaciones.

•Contraindicaciones

- Bradicardia
- Hipotensión
- Trastornos de la conducción
- Signos de ICC o bajo gasto
- EPOC o hiperreactividad bronquial

Tratamiento Anti-isquémico

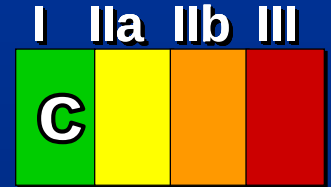
Nitratos

- Sin ensayos randomizados
- Disminuyen la precarga
- Vasodilatación coronaria
 - Alivio de la angina
 - Control de TA
 - Alivio de los síntomas de ICC
- Vía ev mas eficaz que la sublingual

Tratamiento Anti-isquémico

Nitratos

- Nitroglicerina por vía intravenosa para aliviar los síntomas, para controlar la TA y en pacientes con insuficiencia cardíaca en ausencia de contraindicaciones.



Contraindicaciones:

- TAS < 90 mmhg
- FC < 50 lpm o > 100 lpm (en ausencia de insuficiencia cardíaca)
- sospecha de compromiso isquémico del VD
- uso de inhibidores de la fosfodiesterasa en las ultimas 24 hs para el sildenafil y 48 hs para el tadalafil

Tratamiento Anti-isquémico

Bloqueantes Cálccicos

Dihidropiridinas
Amlodipina
Nifedipina

No-Dihidropiridinas
Diltiazem
Verapamilo

> vasodilatación periférica
= vasodilatación coronaria
Sin efecto en la conducción AV

< vasodilatación periférica
= vasodilatación coronaria
↓conducción AV
Disfunción miocárdica

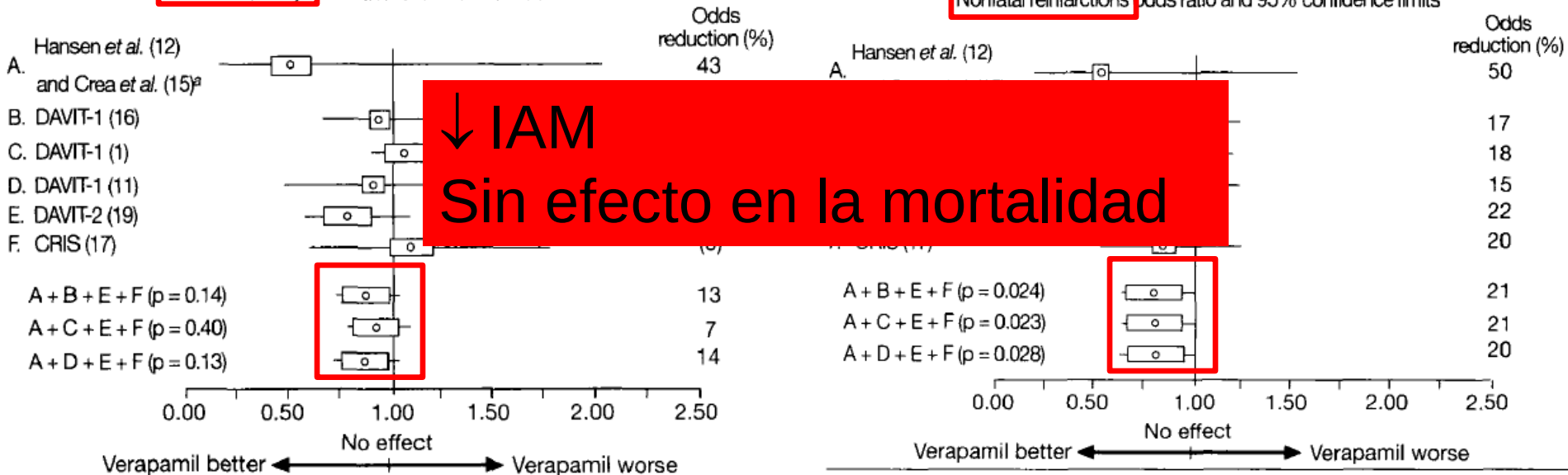
Tratamiento Anti-isquémico Bloqueantes Cálcidos

Dihidropiridinas
Amlodipina
Nifedipina

No-Dihidropiridinas
Diltiazem
Verapamilo

Postmyocardial infarction trials:
Overall mortality odds ratio and 95% confidence limits

Postmyocardial infarction trials:
Nonfatal reinfarctions odds ratio and 95% confidence limits

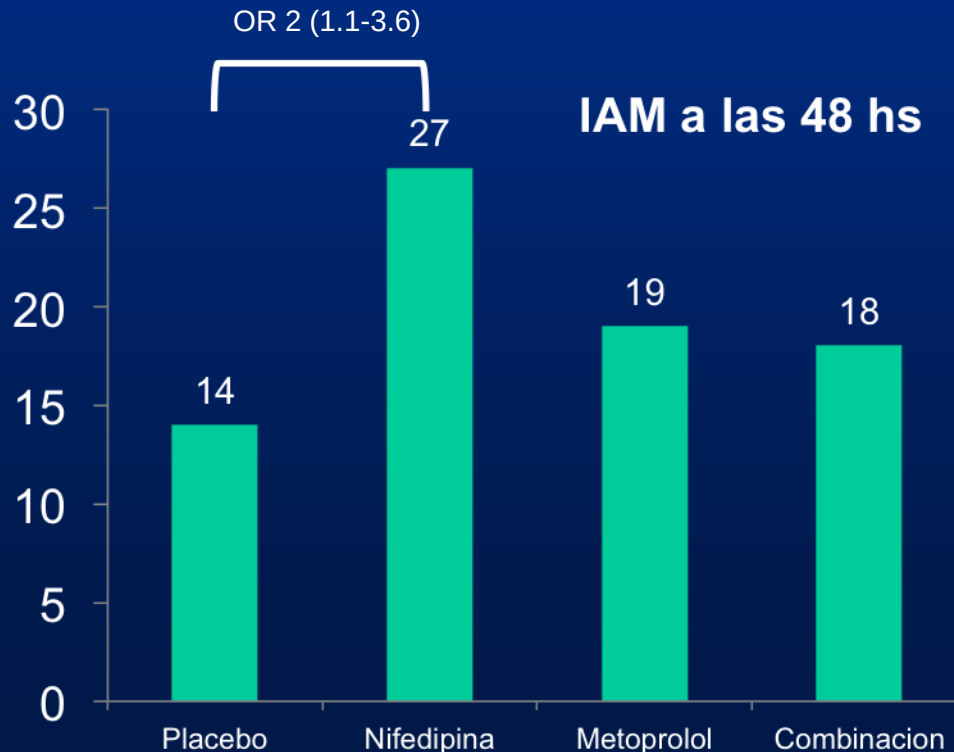


Tratamiento Anti-isquémico

Bloqueantes Cálccicos

Dihidropiridinas
Amlodipina
Nifedipina

No-Dihidropiridinas
Diltiazem
Verapamilo



Tratamiento Anti-isquémico

Bloqueantes Cálccicos

Dihidropiridinas
Amlodipina
Nifedipina

No-Dihidropiridinas
Diltiazem
Verapamilo

> vasodilatación periférica
= vasodilatación coronaria
Sin efecto en la conducción AV

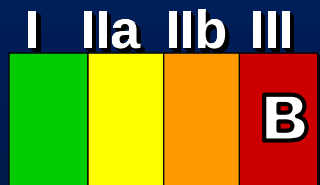
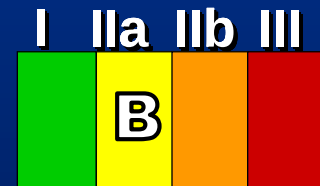
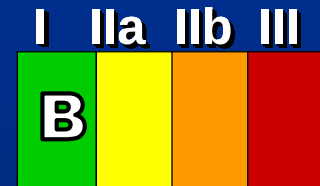
< vasodilatación periférica
= vasodilatación coronaria
↓conducción AV
Disfunción miocárdica

**Elección en la angina
vasoespástica**

Tratamiento Anti-isquémico

Bloqueantes Cálccicos

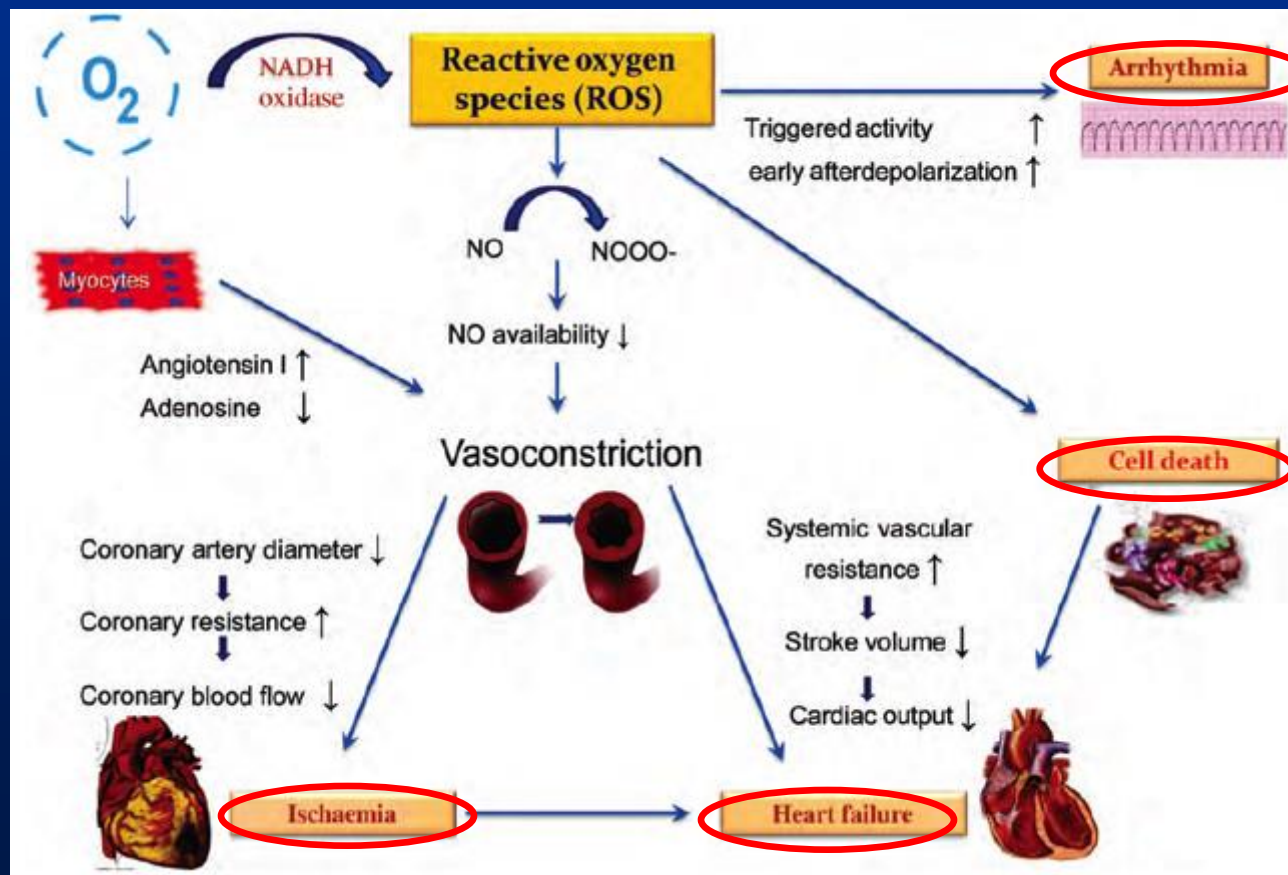
- Bloqueantes cálcicos en caso de contraindicación para el uso de betabloqueantes.
- Bloqueantes cálcicos en caso de persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento con nitroglicerina y betabloqueantes.
- Bloqueantes cálcicos (diltiazem o verapamilo) en pacientes con angina vasoespástica.
- Nifedipina como monoterapia.



Tratamiento Anti-isquémico O₂ suplementario

- Oxígeno suplementario en pacientes con saturación de oxígeno menor al 90%.

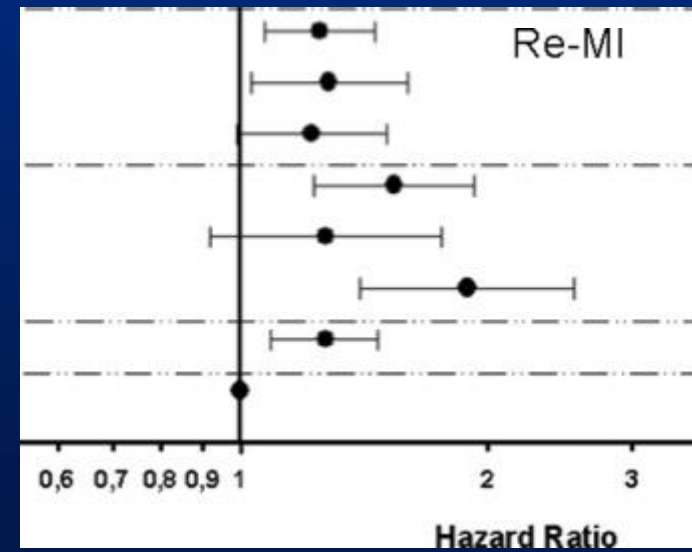
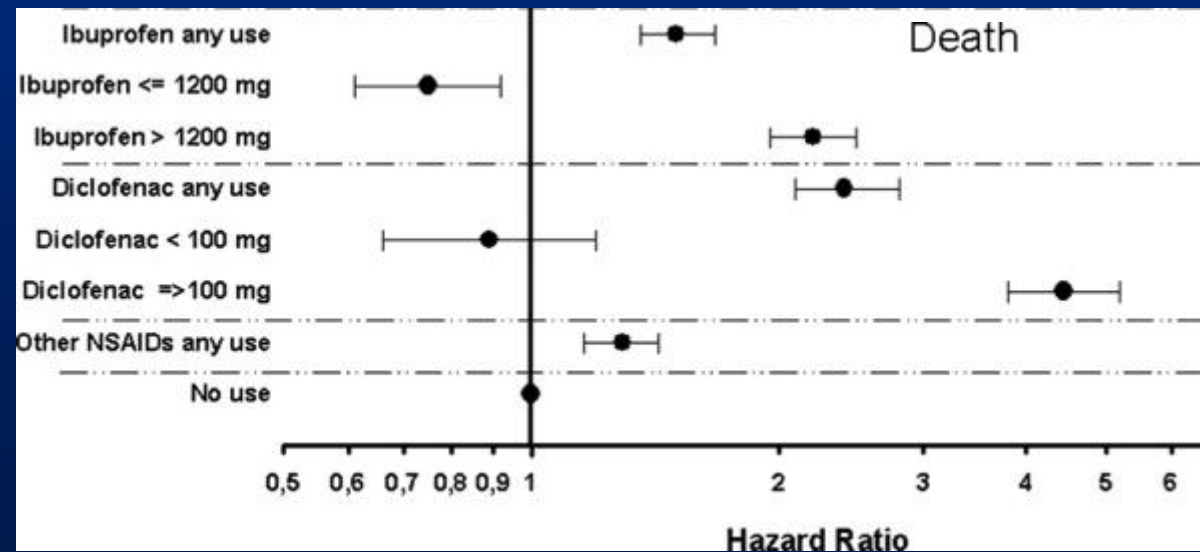
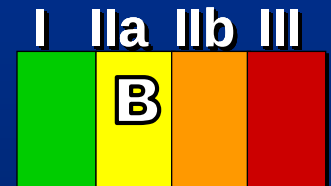
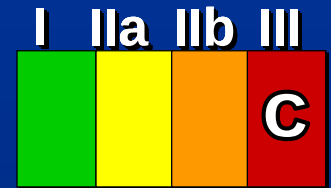
I	IIa	IIb	III
B			



Tratamiento Anti-isquémico

Analgesia

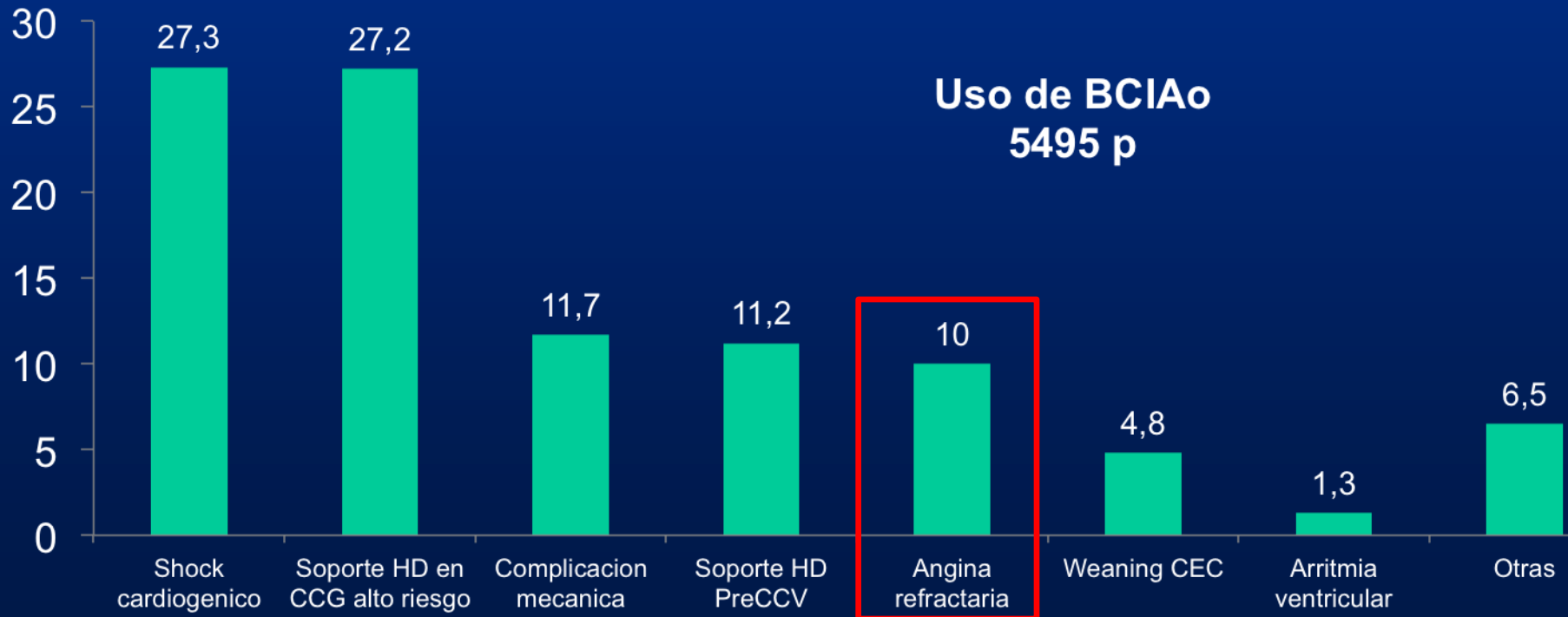
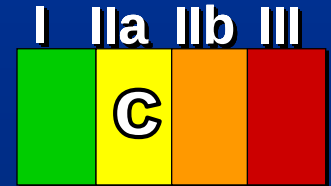
- AINES para el alivio del dolor.
- Morfina endovenosa para el alivio del dolor.



Tratamiento Anti-isquémico

Balón de contrapulsación intra-aórtico

- Asistencia circulatoria con balón de contrapulsación intra-aórtico para pacientes con isquemia refractaria, inestabilidad hemodinámica o complicaciones mecánicas.



SCA sin elevación del segmento ST

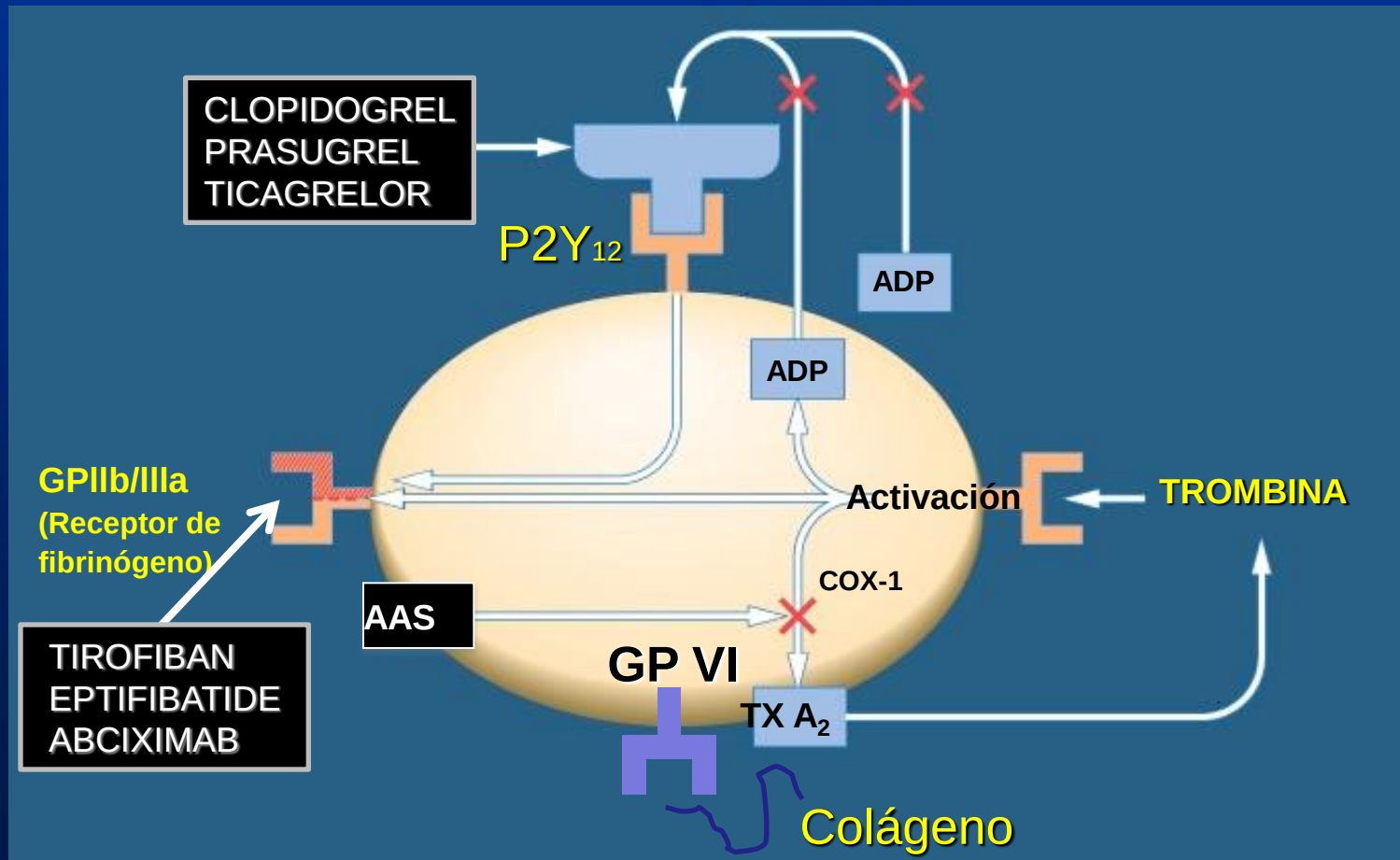
Tratamiento antiagregante

Redaccion: Dr Adrián Charask

La antiagregación plaquetaria es el pilar fundamental del tratamiento de los SCA.

La aspirina es la mejor prueba de ello con un efecto antiplaquetario débil, ejerce un efecto clínico impactante, dado que reduce más de 40% la incidencia de IAM y/o muerte en los SCA.

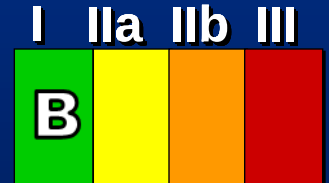
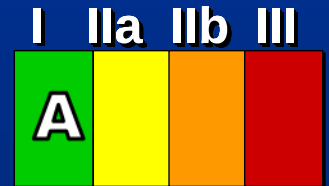
Mecanismo de acción de los antiagregantes orales e intravenosos



Aspirina en SCASEST.

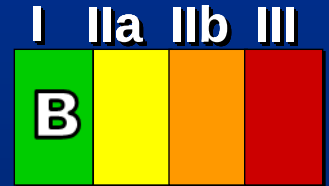
Recomendaciones SAC 2013

- Todo SCASEST debe recibir aspirina tan pronto sea posible. Dosis inicial de 300 mg. y debe continuar con dosis de 100 mg en forma indefinida.
- Clopidogrel en aquellos pacientes que no pueden recibir aspirina. 75 mg. por día en forma indefinida



Clopidogrel en SCASEST. Recomendaciones SAC 2013

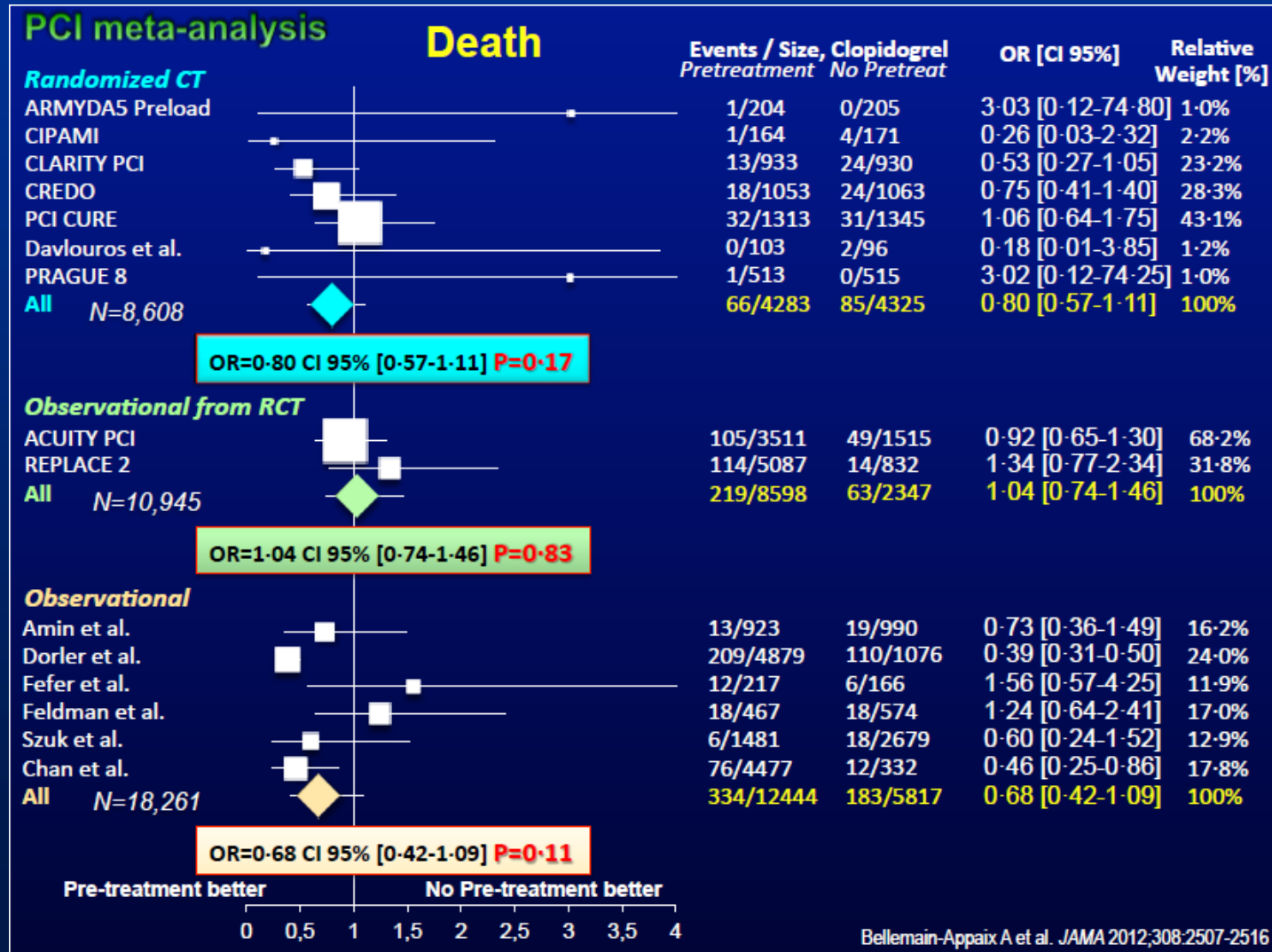
- Clopidogrel riesgo moderado o alto (carga 300 mg. y mantenimiento 75 mg.) durante 12 meses.



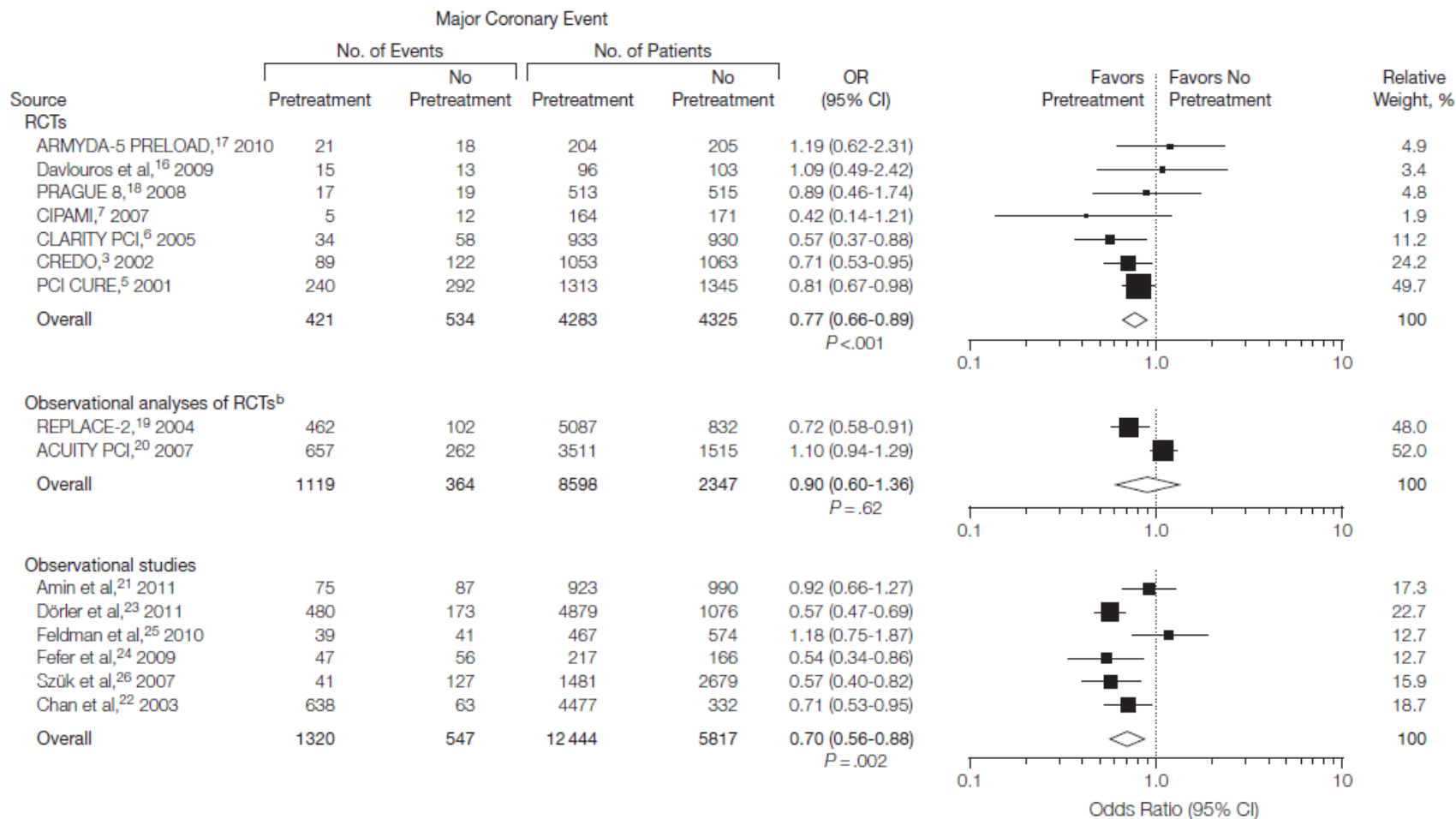
Clopidogrel en SCASEST

Dosis de carga y Pretratamiento

Metaanálisis de estudios que utilizan Clopidogrel en pretratamiento (37.814p)

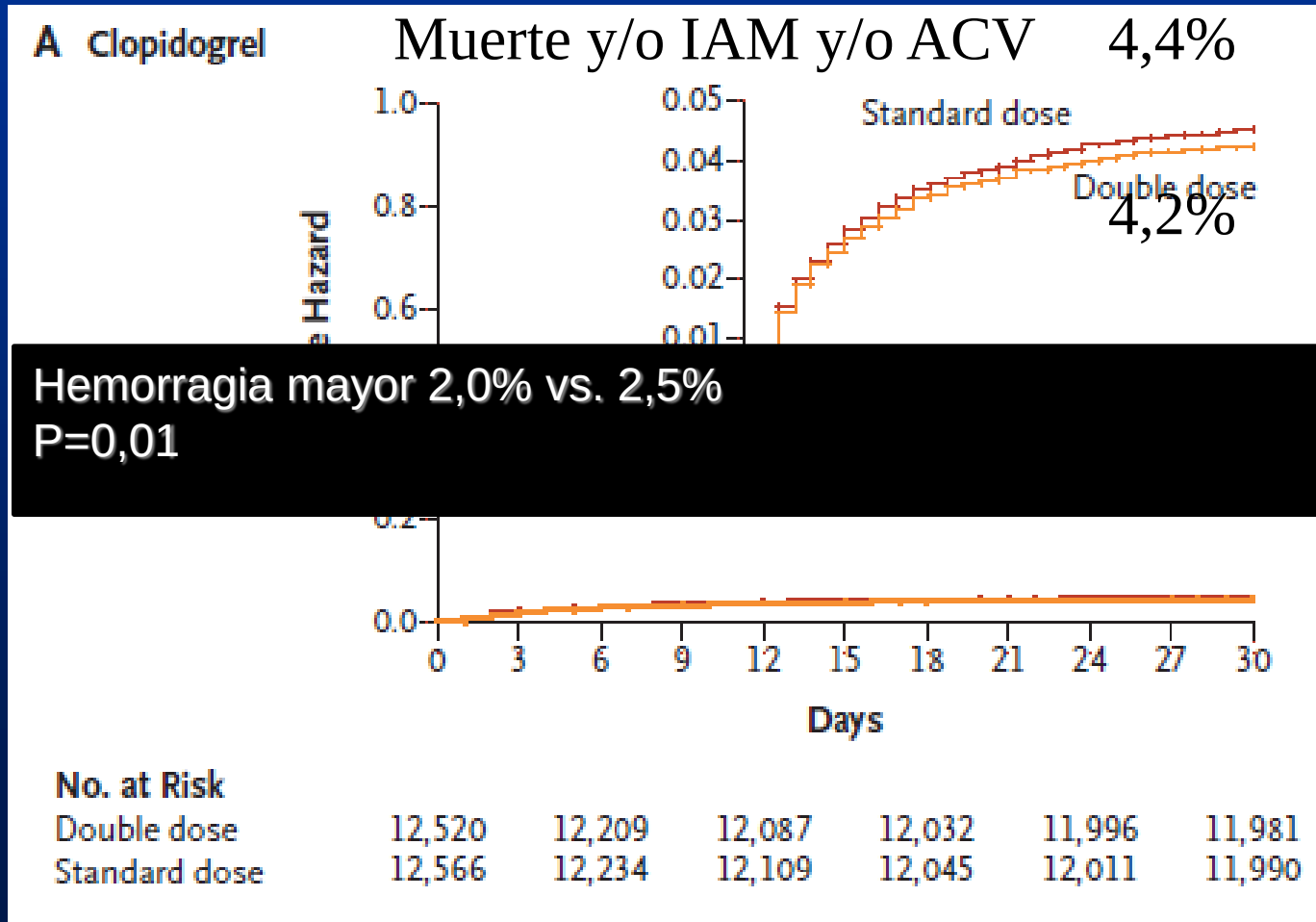


Metaanálisis de estudios que utilizan Clopidogrel en pretratamiento. Reducción de eventos mayores



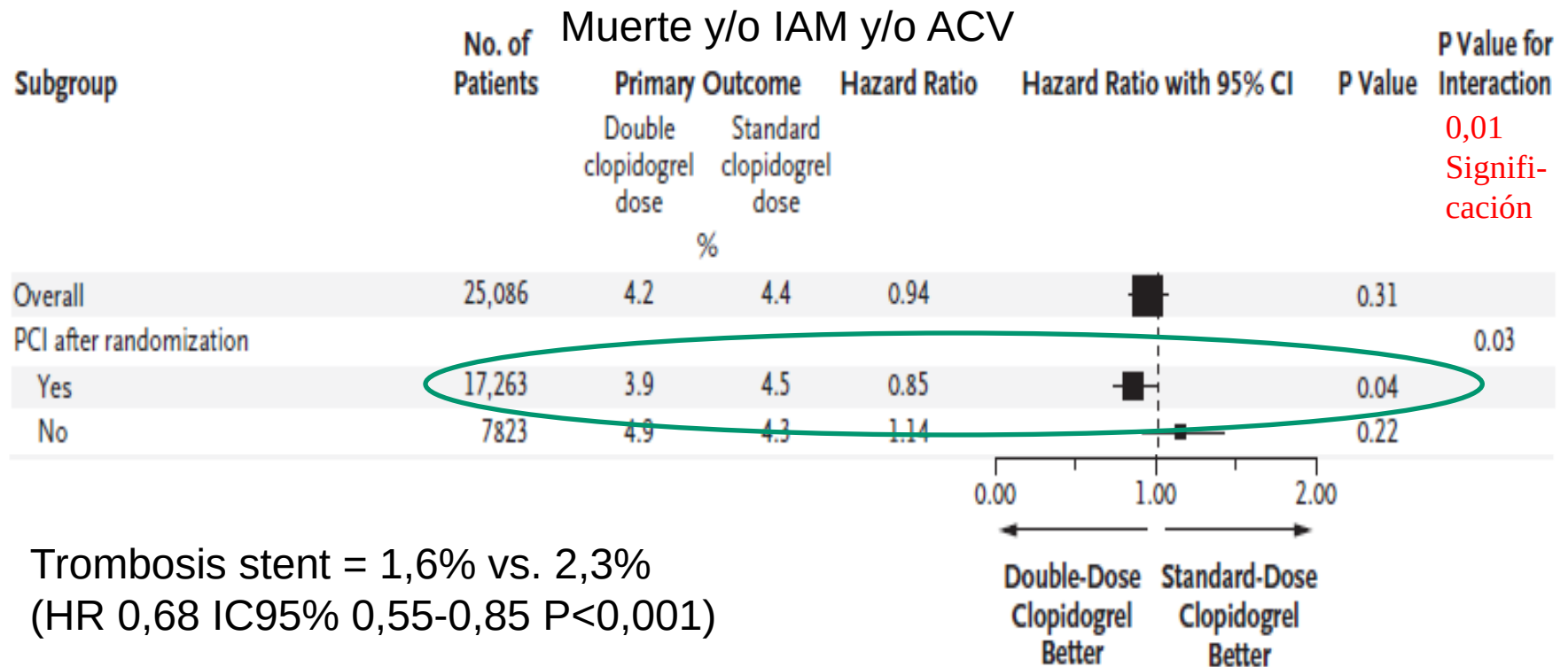
Clopidogrel en SCASEST. CURRENT-OASIS 7 (25.086p)

600 mg. VS. 300 mg. carga y mantenimiento 150 mg. o 75 mg. durante 6 días y continua con 75 mg. durante 30 días (ATC 17.263p)



Clopidogrel en SCASEST. CURRENT-OASIS 7

600 mg. VS. 300 mg. (Grupo preespecificado: ATC 17.263p)



Clopidogrel en SCASEST

Tratamiento con ATC

- La dosis de carga es de 600 mg. en pacientes con ATC inmediata. La dosis de mantenimiento es 75 mg. por día.
- ATC con stent metálico hasta 12 meses y con stent liberador de droga no menos de 12 meses.

I	IIa	IIb	III
B			

I	IIa	IIb	III
B			

DAPT Study, estudio multicéntrico para valorar la continuación de la doble antiagregación de 12 hasta 33 meses con stent liberadores de droga. Resultados para el 2014...

Clopidogrel en SCASEST.

Recomendaciones SAC 2013

- Suspender 5 días previos a la cirugía de revascularización miocárdica.
- Pacientes que deben ser derivados a cirugía de revascularización de emergencia.

I	IIa	IIb	III
B			

I	IIa	IIb	III
			B

Prasugrel

Tercera generación de tienopiridinas:

- > actividad del metabolito activo
- > Inhibición del receptor purínico
- < variabilidad interindividual

Triton-timi38 –Prasugrel (10.074/13.608p)

	Prasugrel (n=6813) %	Clopidogrel (n=6795) %	OR (IC95%)	p
Muerte CV y/o IAM no-fatal y/o ACV.	9,9	12	0,81 (0,73-0,9)	<0,001
Muerte	2,1	2,4	0,89 (0,7-1,12)	0,31
IAM no fatal	7,4	9,7	0,76 (0,67-0,85)	<0,001
Muerte/IAM/Rev.	10	12,3	0,81 (0,73-0,89)	<0,001
Revasc. urgencia	2,5	3,7	0,66 (0,54-0,81)	<0,001
Trombosis stent	1,1	2,4	0,48 (0,36-0,64)	<0,001

Triton-timi38-Prasugrel

Complicaciones hemorrágicas

	Prasugrel N=6741 %	Clopidogrel N=6716 %	OR (IC95%)	p
Hemorragia mayor (No-CRM)	2,4	1,8	1,32 (1,03-1,68)	0,03
espontáneo	1,6	1,1	1,52 (1,08-2,08)	0,01
Con riesgo de muerte	1,4	0,9	1,52 (1,08-2,13)	0,01
fatal	0,4	0,1	4,19(1,58-11,1)	0,002
Sangrado TIMI mayor o menor	5	3,8	1,31 (1,11-1,56)	0,002
CRM- sangrado mayor TIMI	13,4	3,2	4,73 (1,9-11,82)	<0,001
Necesidad de transfusión	4	3	1,34 (1,11-1,63)	<0,001

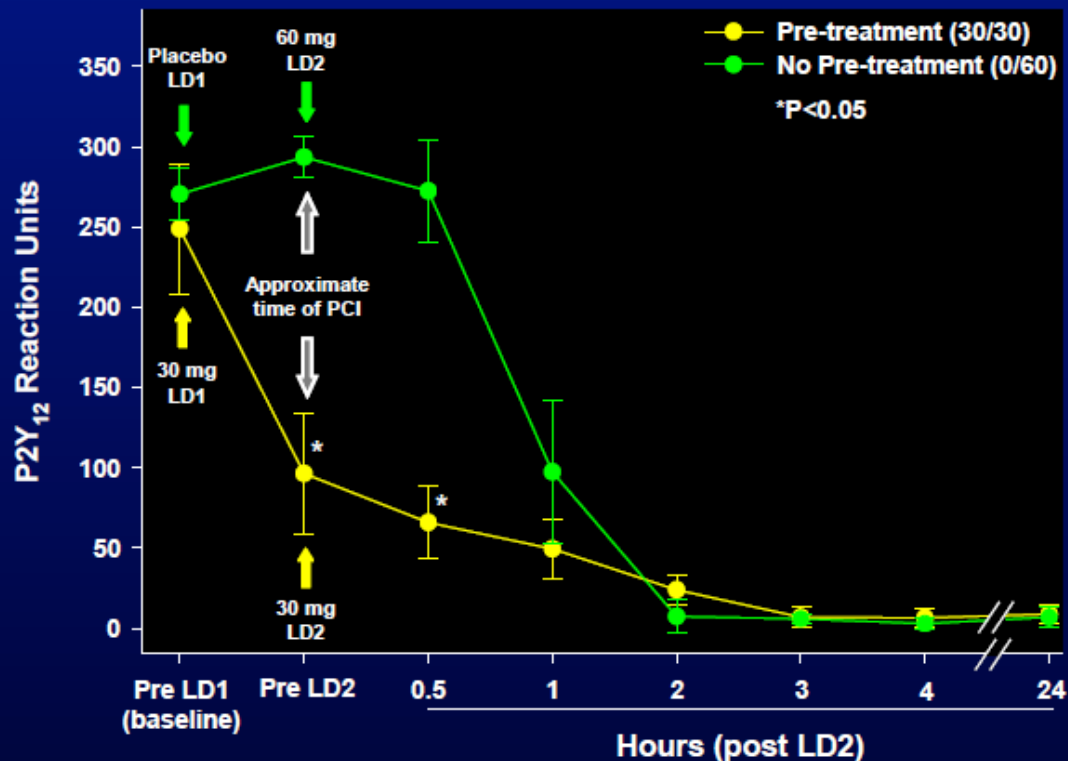
Triton-timi38-Prasugrel Contraindicaciones absolutas y relativas (Análisis pos-hoc)

- ACV previo
- ≥ 75 años (metabolito activo $> 20\%$)
- < 60 kg (metabolito activo $> 30-40\%$)

ACCOAST – Subestudio en 23 pacientes



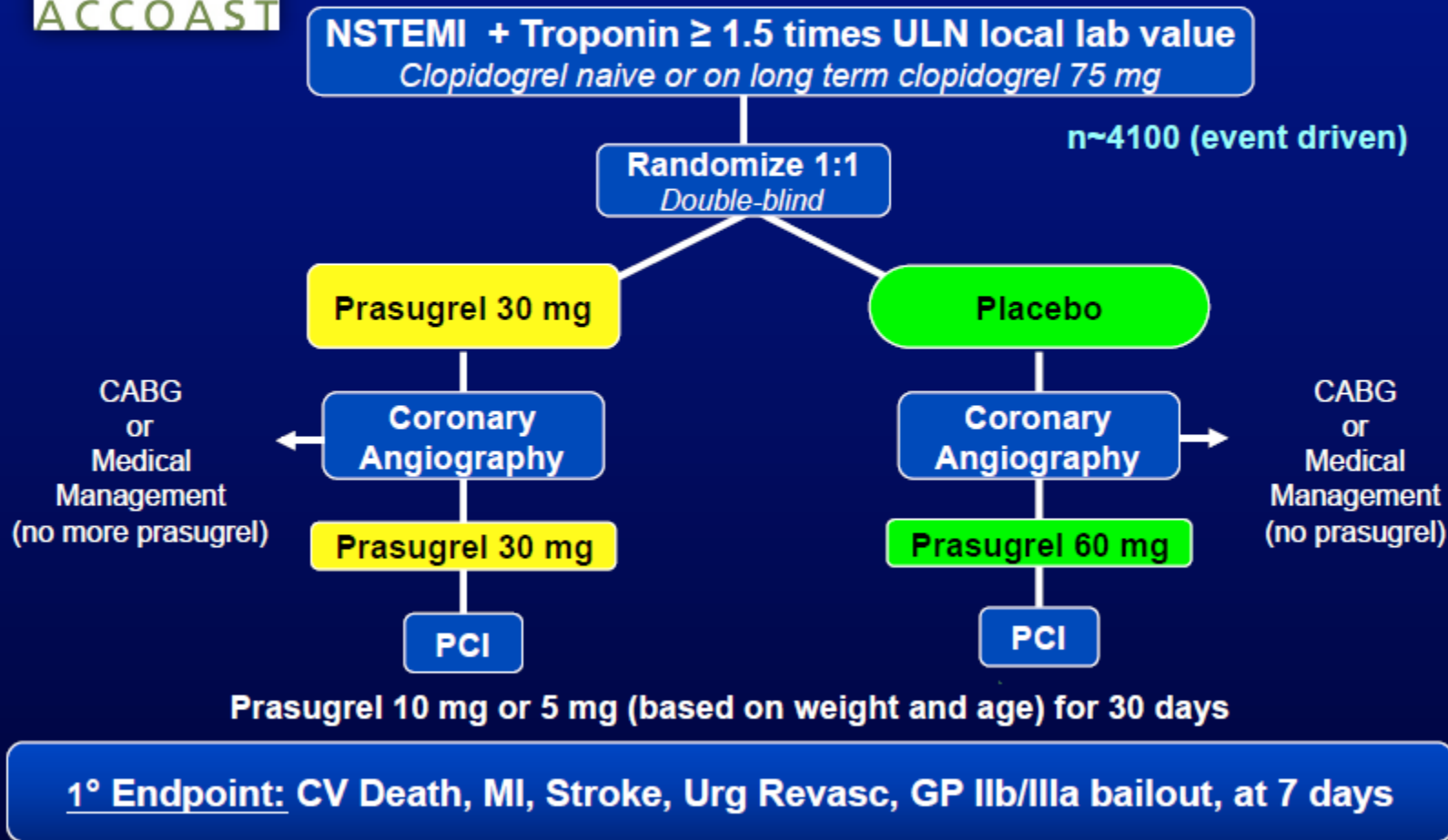
Pharmacodynamic Sub-Study



Data presented as median ± SEM. * p<0.05 relative to the No pre-treatment group. LD = loading dose. Pretreatment=Prasugrel 30 mg/Prasugrel 30 mg; No Pre-treatment=Placebo/Prasugrel 60 mg



ACCOAST design



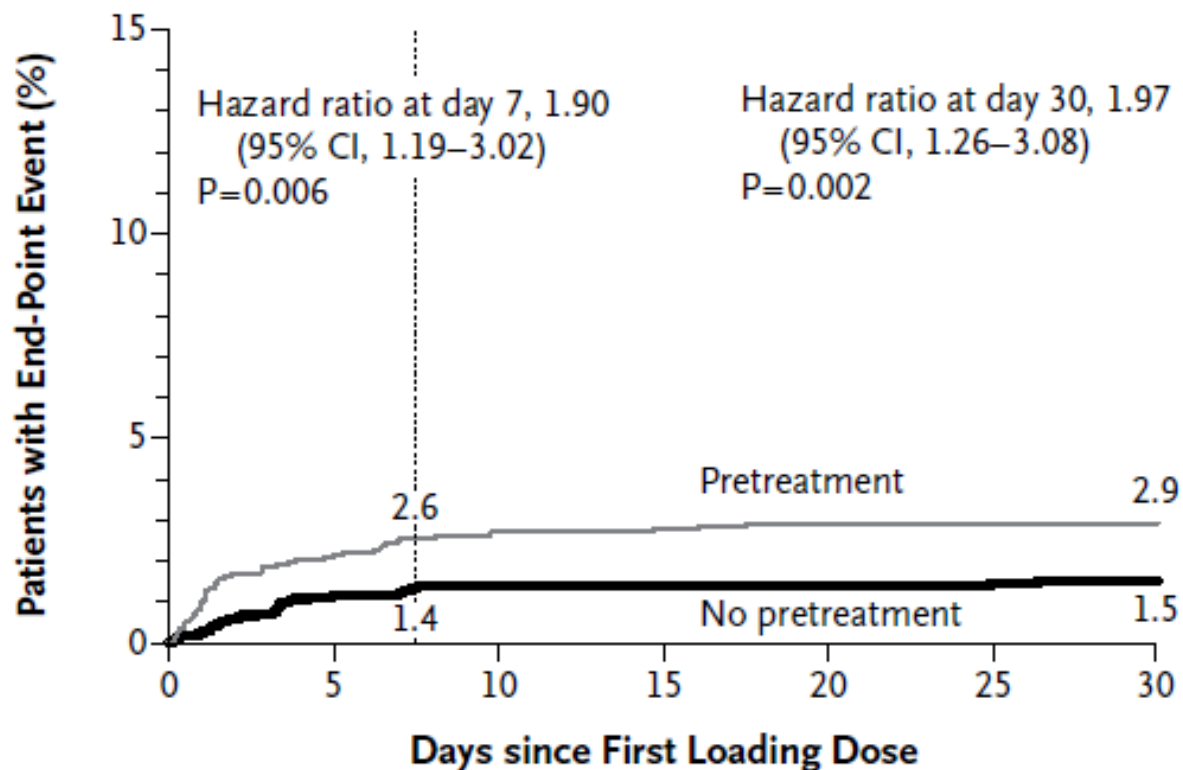
Montalescot G et al. *Am Heart J* 2011;161:650-656

ACCOAST (Prasugrel 4033p)

A 7 días	Pretratamiento SI (2037p) %	Pretratamiento NO (1996p) %	HR (IC95%)	p
Muerte CV, IAM, ACV., Rev.urgente o IIb/IIIa	10	9,8	1,02 (0,84-1,25)	0,81
Muerte	0,3	0,5	0,69 (0,26-1,80)	0,44
IAM no fatal	5,8	5,5	1,07 (0,83-1,39)	0,60
A 30 días				
Muerte CV, IAM, ACV., Rev.urgente o IIb/IIIa	10,8	10,8	0,997 (0,83-1,20)	0,98
Muerte	0,7	1,1	0,62 (0,32-1,22)	0,16
IAM no fatal	6,2	5,8	1,07 (0,83-1,37)	0,62

ACCOAST (Prasugrel 4033p) Incremento de hemorragias

B All TIMI Major Bleeding



No. at Risk

No pretreatment	1996	1947	1328	1297	1288	1284	1263
Pretreatment	2037	1972	1339	1310	1299	1297	1280

Prasugrel en SCASEST

Recomendaciones SAC 2013

- Indicación de ATC y luego de conocer la anatomía coronaria, 60 mg carga de prasugrel y continuar con 10 mg p/día hasta 12 meses

I	IIa	IIb	III
B			
- Suspender 7 días previos a la cirugía de revascularización miocárdica.

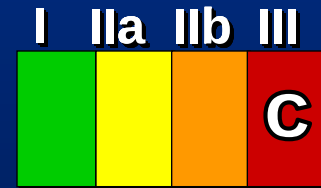
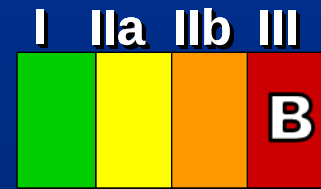
I	IIa	IIb	III
B			
- Pacientes que pesan menos de 60 kg. Reducir la dosis a 5 mg p/día.

I	IIa	IIb	III
		C	

Prasugrel en SCASEST

Recomendaciones SAC 2013

- Pacientes que deben ser derivados a cirugía de revascularización de emergencia. Edad Mayor o igual a 75 años.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento fibrinolítico reciente, antecedentes de ACV y/o AIT. Uso crónico de AINEs.



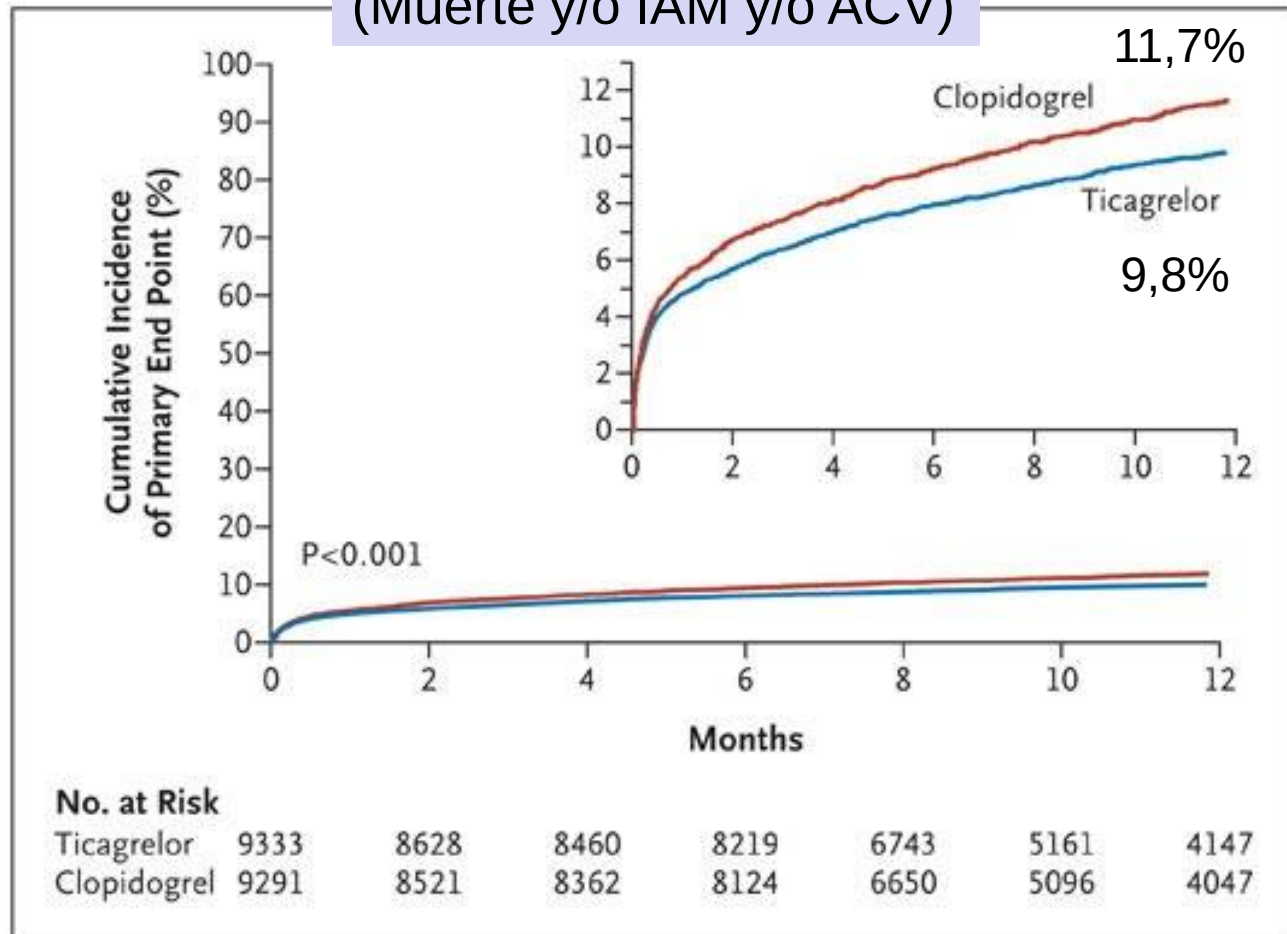
Ticagrelor

Ciclo-pentil-triazolo-pirimidine (No tienopiridinas):

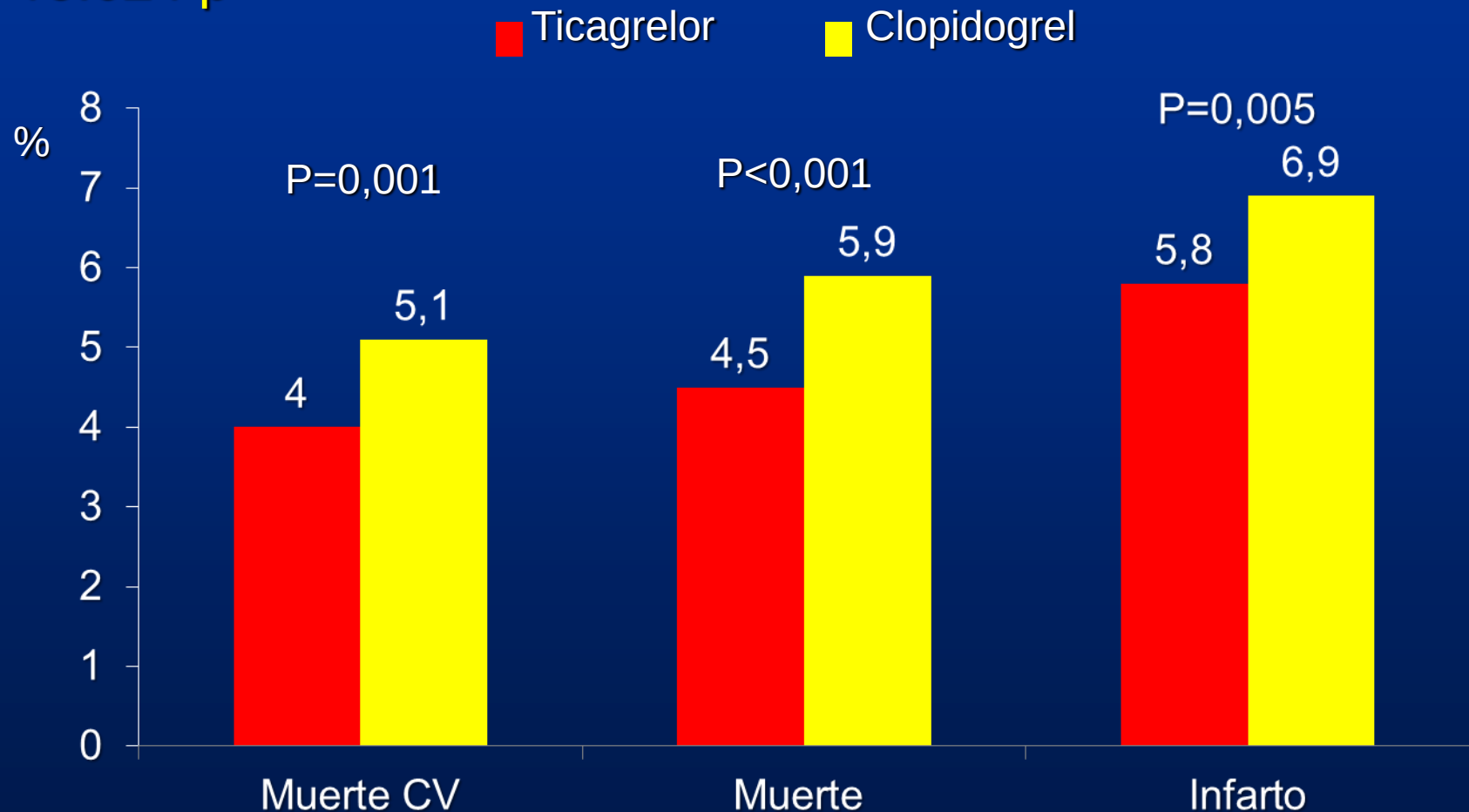
- Molécula activa
- Inhibición reversible del receptor purínico
- Sin variabilidad interindividual

PLATO (Ticagrelor) 18.624 pacientes con SCA

(Muerte y/o IAM y/o ACV)

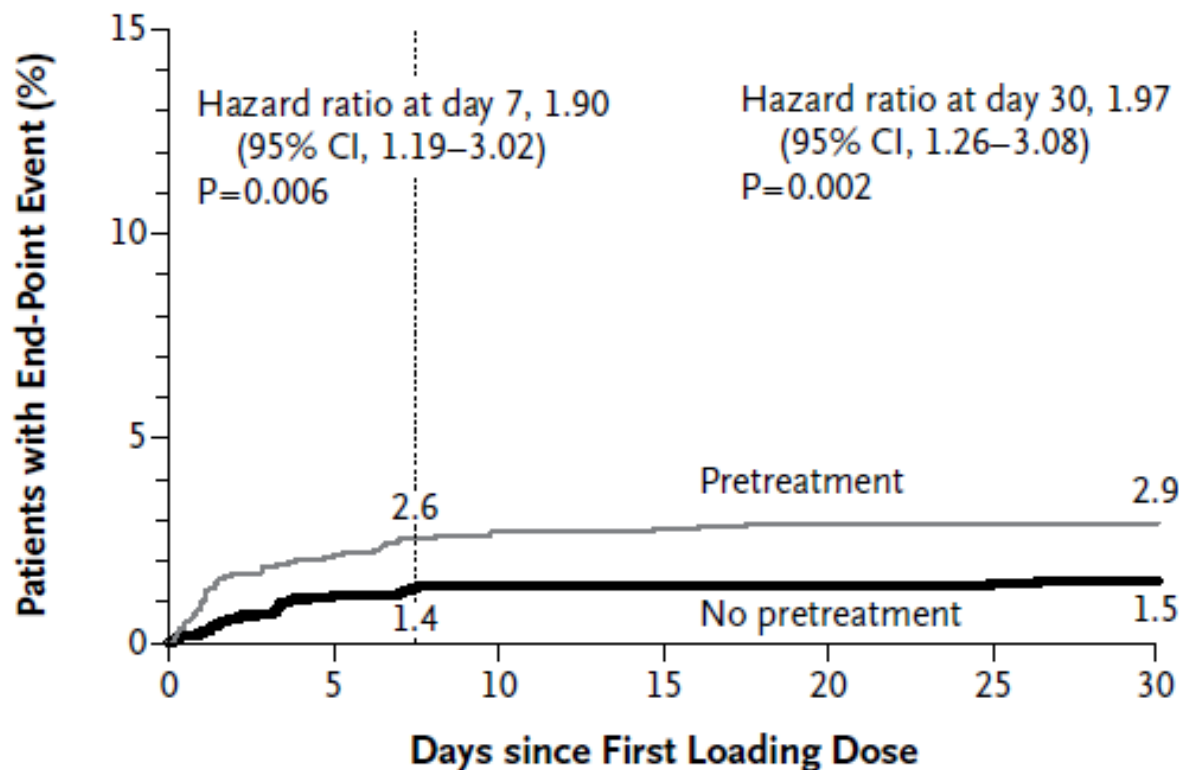


PLATO Reducción de mortalidad e infarto 18.624 p



ACCOAST (Prasugrel 4033p) Incremento de hemorragias

B All TIMI Major Bleeding



No. at Risk

No pretreatment	1996	1947	1328	1297	1288	1284	1263
Pretreatment	2037	1972	1339	1310	1299	1297	1280

Prasugrel en SCASEST

Recomendaciones SAC 2013

- Indicación de ATC y luego de conocer la anatomía coronaria, 60 mg carga de prasugrel y continuar con 10 mg p/día hasta 12 meses

I	IIa	IIb	III
B			
- Suspender 7 días previos a la cirugía de revascularización miocárdica.

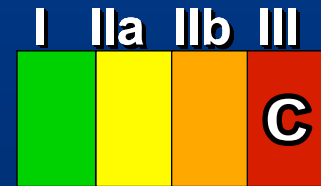
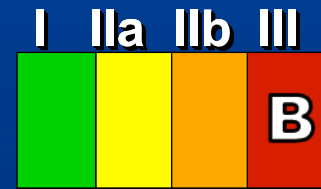
I	IIa	IIb	III
B			
- Pacientes que pesan menos de 60 kg. Reducir la dosis a 5 mg p/día.

I	IIa	IIb	III
		C	

Prasugrel en SCASEST

Recomendaciones SAC 2013

- Pacientes que deben ser derivados a cirugía de revascularización de emergencia. Edad Mayor o igual a 75 años.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento fibrinolítico reciente, antecedentes de ACV y/o AIT. Uso crónico de AINEs.

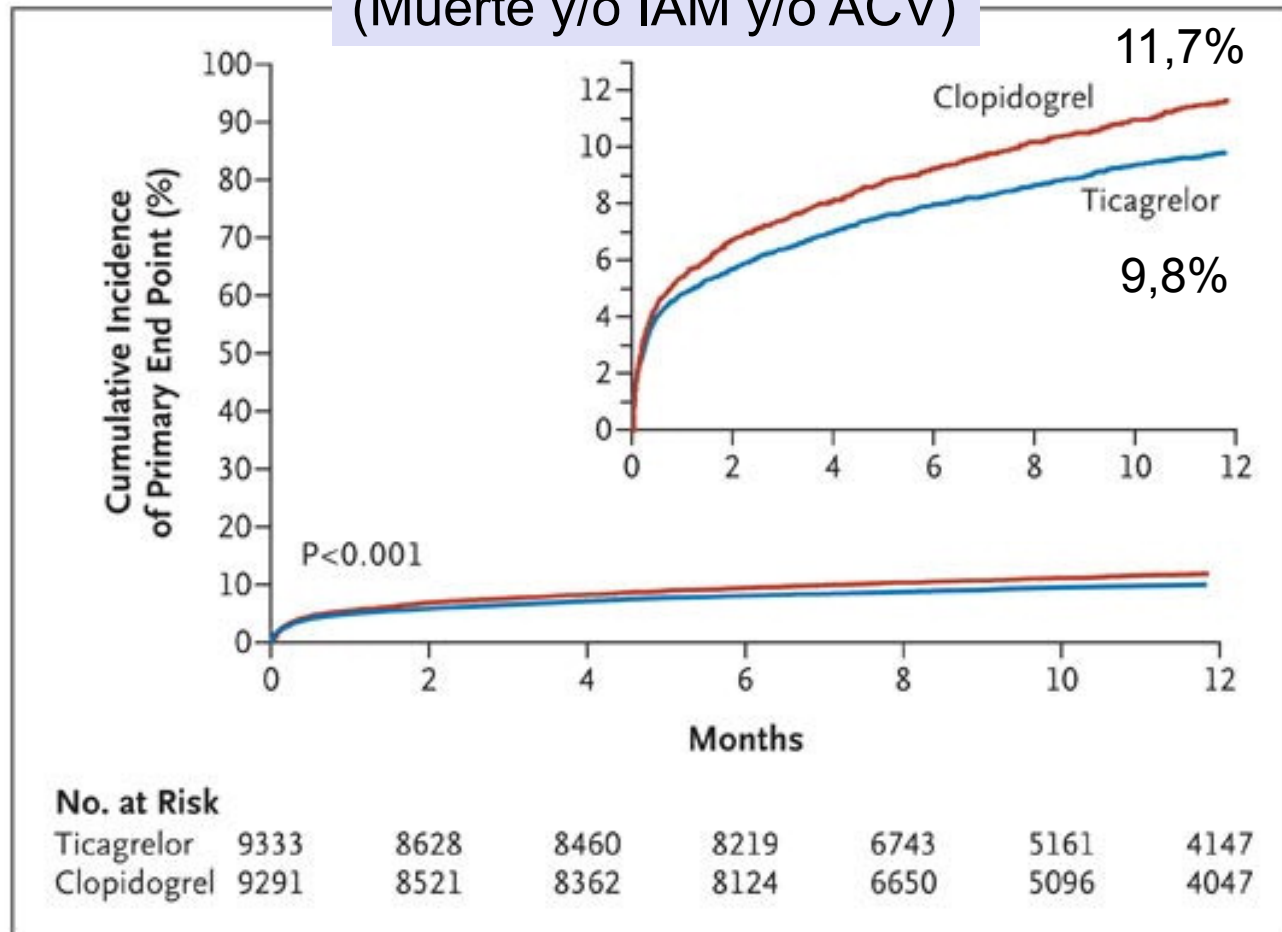


Ticagrelor

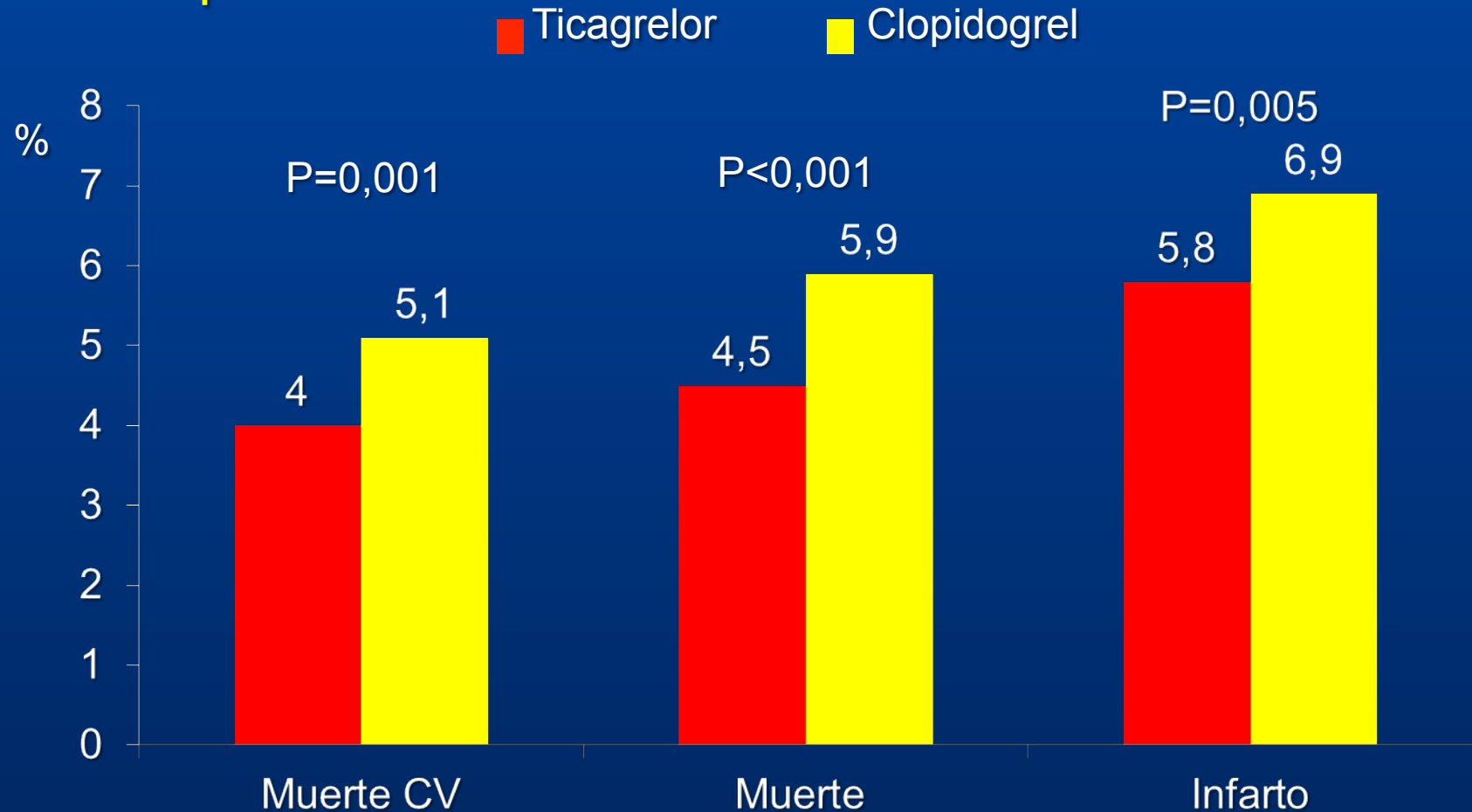
Ciclo-pentil-triazolo-pirimidine (No tienopiridinas):

- Molécula activa
- Inhibición reversible del receptor purínico
- Sin variabilidad interindividual

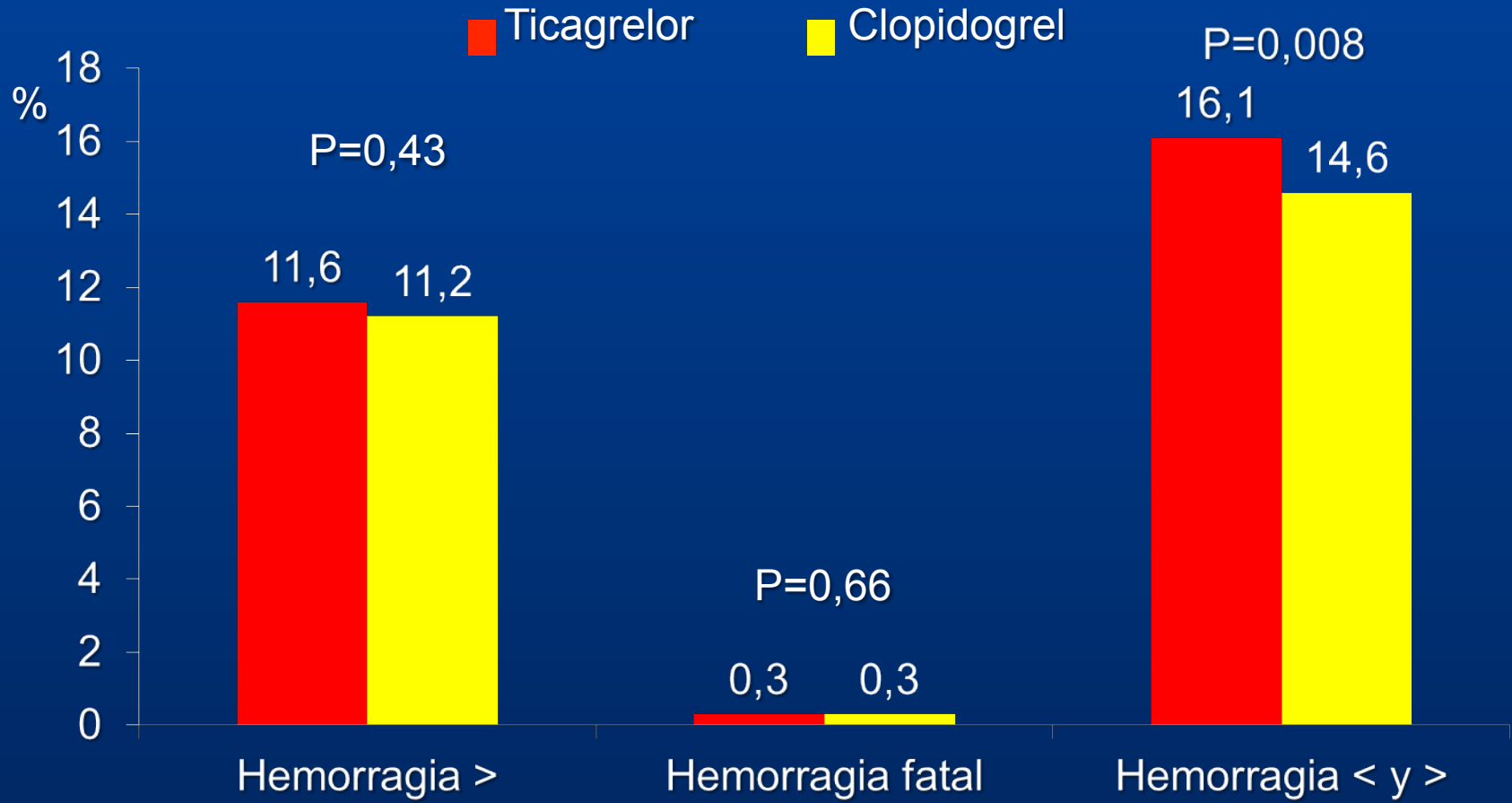
PLATO (Ticagrelor) 18.624 pacientes con SCA (Muerte y/o IAM y/o ACV)



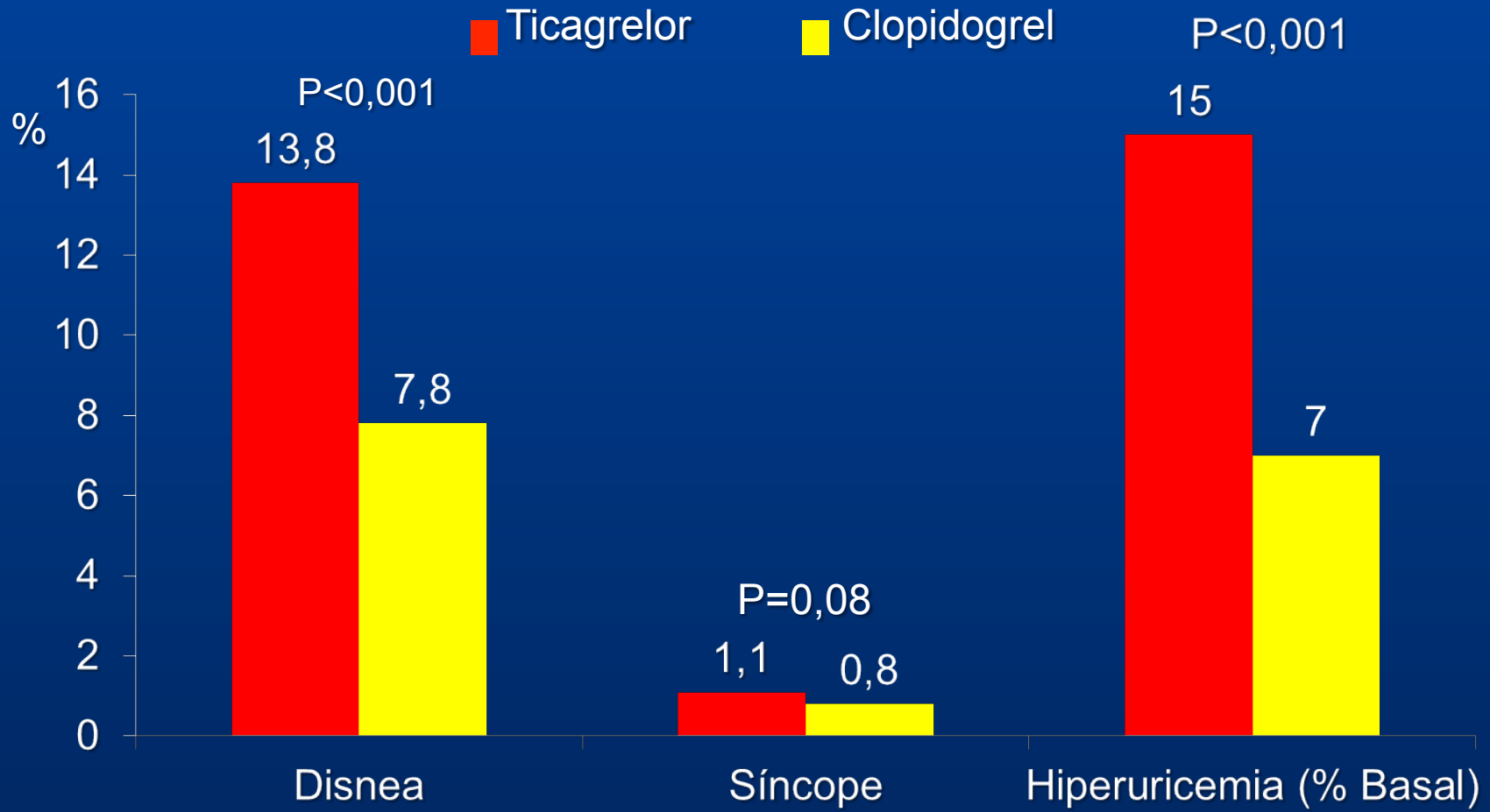
PLATO Reducción de mortalidad e infarto 18.624 p



PLATO Seguridad: riesgo de hemorragias 18.624 p



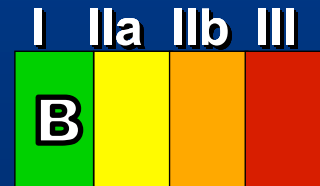
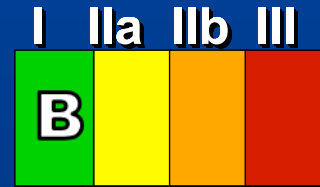
PLATO Seguridad: otros efectos adversos 18.624 p



Ticagrelor en SCASEST

Recomendaciones SAC 2013

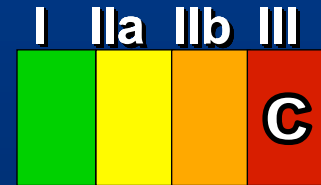
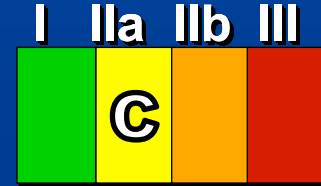
- Moderado a alto riesgo clínico. Dosis de carga de 180 mg. y luego continuar 90 mg cada 12 horas siempre asociado con aspirina baja dosis (100 mg u 81 mg) y continuar el tratamiento durante 12 meses.
- Pacientes en que se decide realizar angioplastia coronaria con stent metálico continuar tratamiento hasta 12 meses y con stent liberador de droga por no menos de 12 meses.
- Suspender 5 días previos a la cirugía de revascularización miocárdica



Ticagrelor en SCASEST

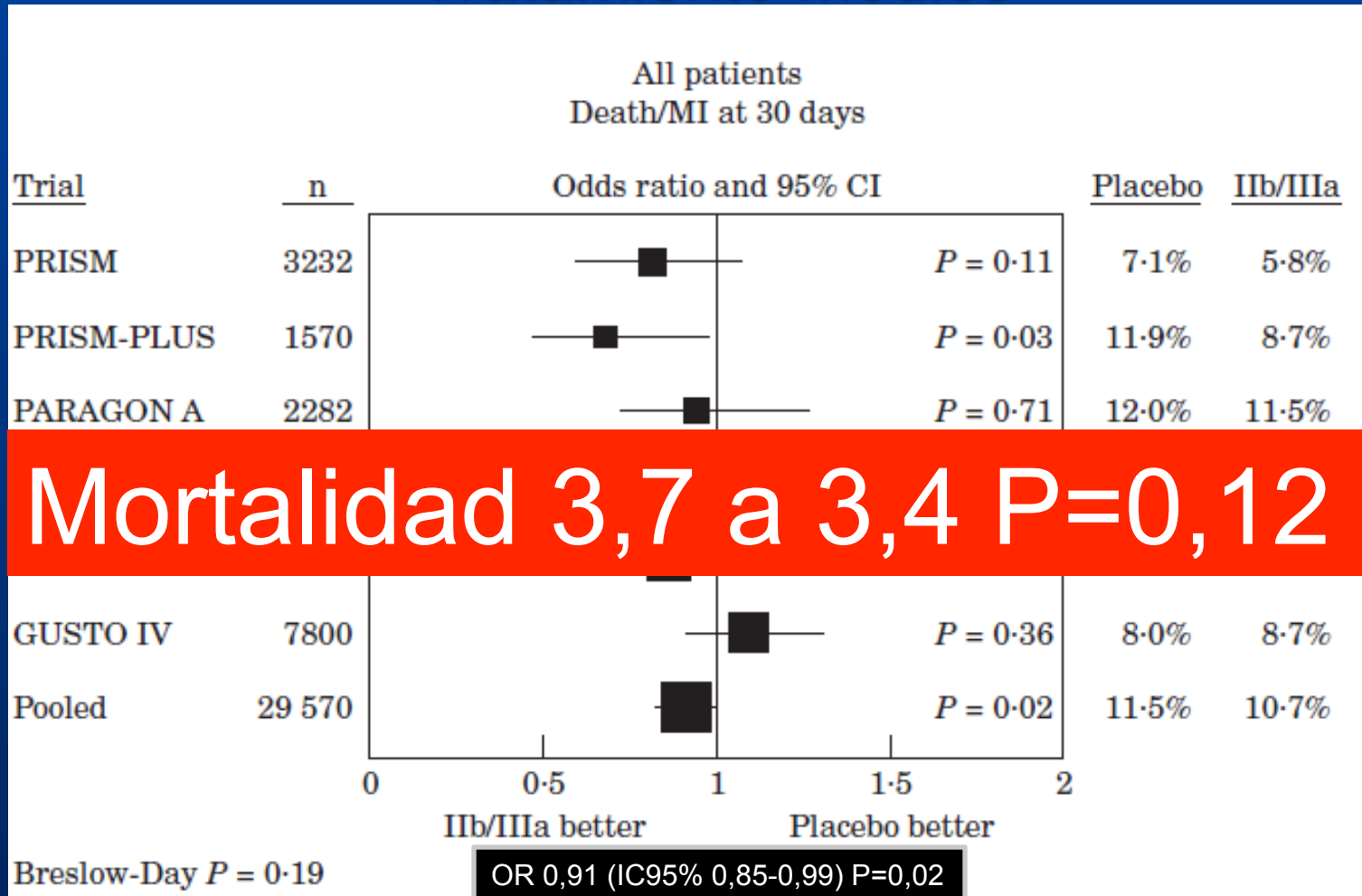
Recomendaciones SAC 2013

- Antecedentes de hiperuricemia o artritis gotosa
- Pacientes que hayan recibido tratamiento fibrinolítico reciente o necesidad de anticoagulación oral.
- Pacientes con bradicardia sinusal y/o bloqueo AV de cualquier grado o antecedentes de asma bronquial.
- Hemorragia activa. Historia de hemorragia intracerebral. Moderada a grave disfunción hepática.
- En pacientes con drogas inhibidoras potentes del citocromo CYP3A4 (ketokonazol, claritromicina, ritonavir y atazanavir (retrovirales), entre otros). Utilización crónica de AINES.



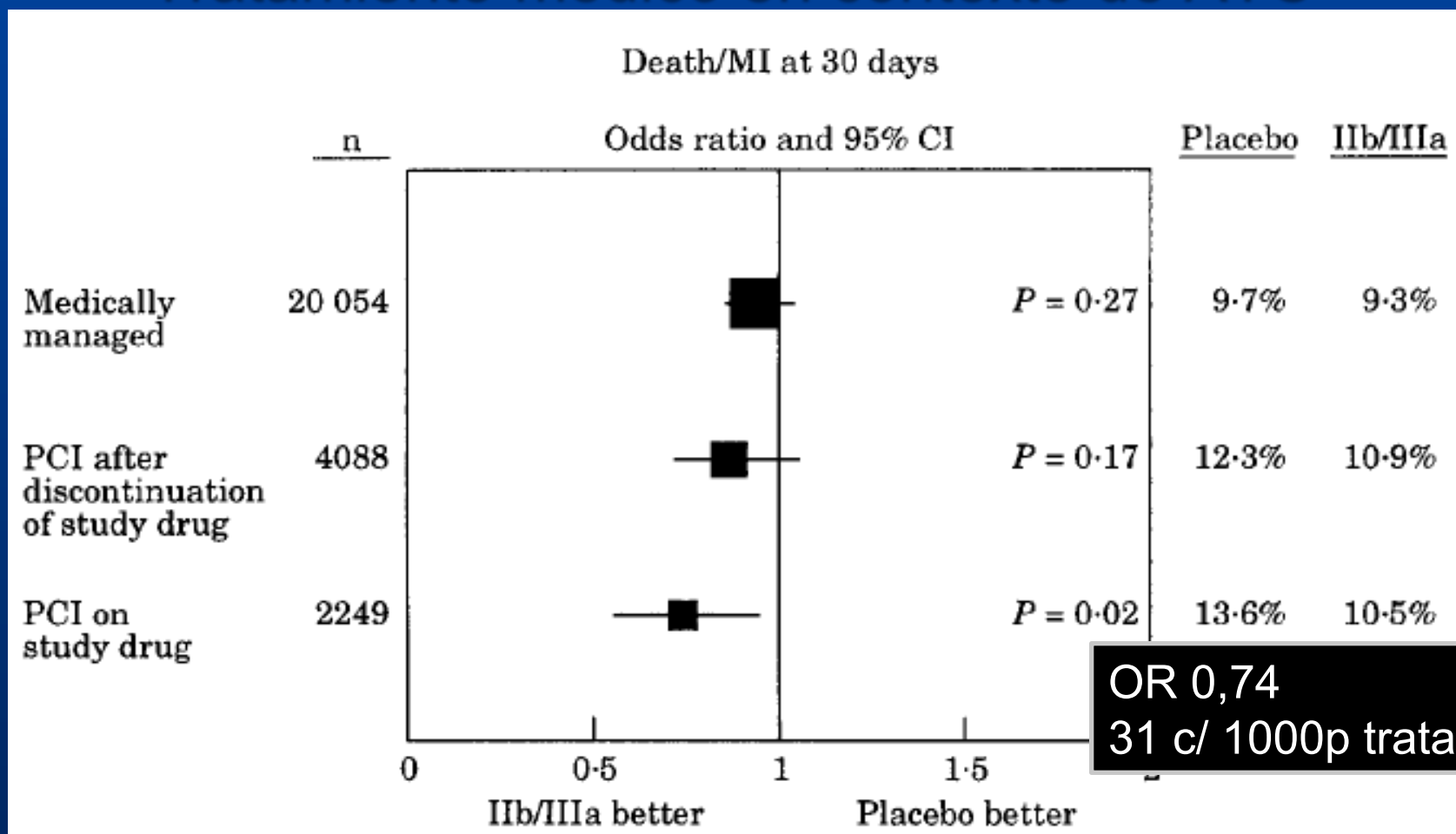
Metaanálisis de IIb/IIIa en SCASEST

Tratamiento médico



Metaanálisis de IIb/IIIa en SCASEST

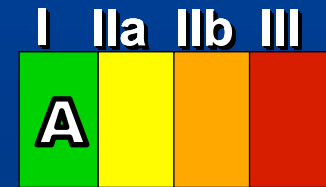
Tratamiento médico en contexto de ATC



Inhibidores de la Glicoproteína IIb/IIIa

Recomendaciones SAC 2013

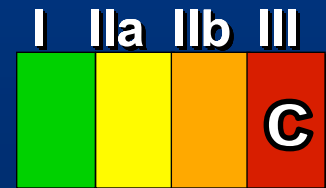
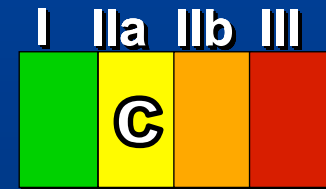
- Al momento de la intervención en pacientes seleccionados para terapéutica invasiva precoz (en la evolución aguda de la angina inestable, dolor reciente, angina recurrente, troponina elevada, trombo visible).
- Angina refractaria: si es derivada a intervención.
- En situaciones de alto riesgo en espera de derivación a un centro de alta complejidad.



Inhibidores de la Glicoproteína IIb/IIIa

Recomendaciones SAC 2013

- En pacientes con angina refractaria bajo tratamiento antiagregante y anticoagulante completo y espera cinecoronariografía.
- Pacientes que no serán derivados a coronariografía de urgencia y que no tienen criterios de alto riesgo al ingreso ni evolutivos.



SCA sin elevación del segmento ST

Tratamiento Anticoagulante

Redacción: Dr. Víctor Mauro

Tratamiento Anticoagulante

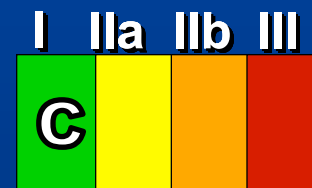
Asociado a estrategia de manejo invasivo o conservador

Prevención secundaria

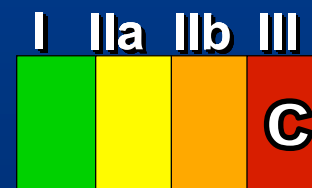
Anticoagulación en los SCASST

Estrategia Invasiva

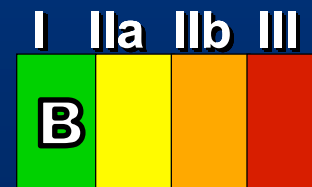
HNF asociada a la angioplastia



El entrecruzamiento de una heparina por otra
(HNF o enoxaparina) en la ATC no se recomienda



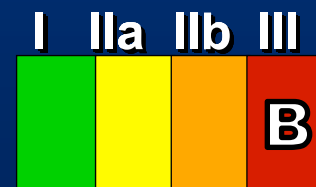
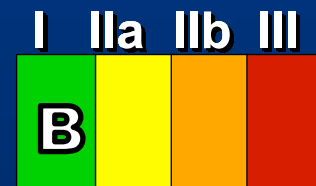
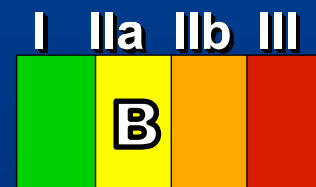
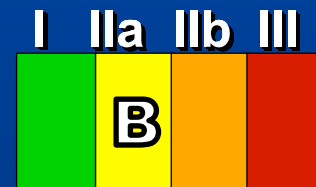
Luego de efectuar la ATC no continuar con
la anticoagulación.



Anticoagulación en los SCASST

Estrategia Invasiva

- Enoxaparina asociada a la ATC
- Bivalirudina asociada a una estrategia invasiva temprana (CCG y ATC dentro de las 72 hs del ingreso y siempre con pretratamiento con clopidogrel) es una alternativa a la asociación de heparinas más IGP 2B-3A
- Bivalirudina es preferible a la combinación de HNF / enoxaparina más IGP 2B-3A en pacientes con riesgo hemorrágico elevado y en quienes se decide una estrategia invasiva temprana
- Otamixaban asociado a una estrategia invasiva temprana (CCG y ATC dentro de las 72hs del ingreso con tratamiento antiplaquetario dual oral) como alternativa al empleo de HNF + eptifibatide



ACUITY: Resultados a 30 días

Eventos	HNF/ enoxaparina + GP IIb/IIIa (4603)	Bivalirudina sola (4612)	p no-inferior	p superior
Muerte/IAM/ nueva revascularización/ Hemorragia mayor (%)	11.7	10.1	0.0001	0.015
Muerte/IAM/ nueva revascularización (%)	7.3	7.8	0.011	0.32
Hemorragia mayor, definición ACUITY %	5.7	3.0	0.0001	0.0001

ACUITY. Evolución de acuerdo a exposición al clopidogrel (30% sin tto previo a ATC)

Evento (%)	Heparina + IGP IIb/IIIa	Bivalirudina sola	RR	95% CI
Clopidogrel: Beneficio neto clínico	13.8	11.1	0.81	0.68–0.96
Clopidogrel: eventos isquémicos	8.4	8.1	0.96	0.77–1.20
Clopidogrel: hemorragia mayor	7.2	3.6	0.50	0.37–0.67
Sin Clopidogrel: Beneficio neto clínico	11.8	12.7	1.07	0.83–1.39
Sin clopidogrel: eventos isquémicos	7.5	10.3	1.37	1.00–1.88
Sin Clopidogrel: Hemorragia Mayor	5.7	3.5	0.61	0.39–0.97

Otamixaban. Puntos finales primarios

	Otamixaban (5106)	HNF + Eptifibatide (5466)	RRIC95%
Muerte total o IAM a 7 días	5,5	5,7	0,99 (0,85-1,16)
Hemorragia mayor y menor (TIMI) a 7 días	3,1	1,5	2,13 (1,63-2,78)
TIMI mayor	1,7	0,8	2,3 (1,6-3,4)
GUSTO mayor	1,1	0,5	2,5 (1,6-4)
CURRENT-OASIS mayor	2,6	1,2	2,1 (1,5-2,8)

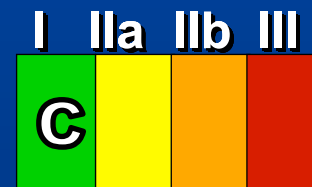
Hemorragia y Eventos al año

	Con hemorragia mayor (268) %	Sin hemorragia mayor (3334) %	p
Mortalidad total	16	3	<0,0001
Cardíaca	11	2,3	<0,0001
No cardíaca	6,3	0,9	<0,0001
Reinfarto	8	3,7	0,0003
Tipo Q	4,7	1,9	0,002
Tipo no Q	3,7	1,9	0,03
ACV	4,5	0,9	<0,0001
Revascularización por isquemia	13	6	<0,0001

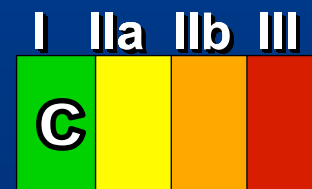
Anticoagulación en los SCASST

Estrategia Invasiva

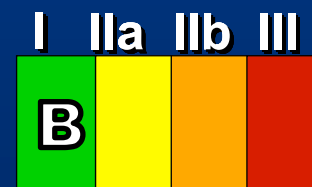
- En los casos de indicación de CRM luego de la CCG, continuar con HNF hasta el procedimiento



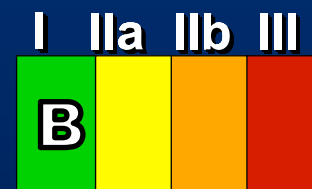
- Si recibe enoxaparina, suspenderla 12 hs previa a la CRM



- Si recibe fondaparinux, suspenderlo 24 hs previo a la CRM y continuar con HNF.



- Si recibe bivalirudina, debe suspenderse 3 hs previas y continuar con HNF



Anticoagulación en los SCASST

Estrategia Conservadora

- HNF endovenosa es indicada durante las primeras 48-72 hs de internación manteniendo un KPTT de 50 a 75 seg.
- HBPM durante la internación u hasta 8 días.
Si se dispone de enoxaparina, ésta es la de primera elección.
- Si durante la evolución se requiere efectuar una ATC, no es necesario administrar una dosis adicional de enoxaparina si la ATC se efectuara dentro de las 8hs de su administración. Si la ATC se realiza con > 8 hs debe indicarse bolo IV de 0,3 mg/kg.
- HNF o HBPM en pacientes con elevado riesgo embólico (fibrilación auricular, trombo intraventricular o válvula protésica).

I	IIa	IIb	III
A			

I	IIa	IIb	III
A			

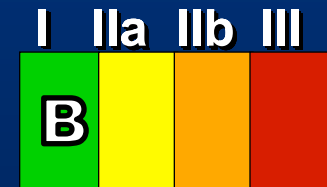
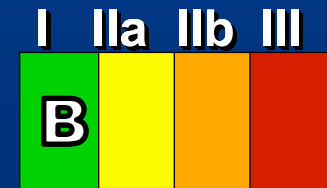
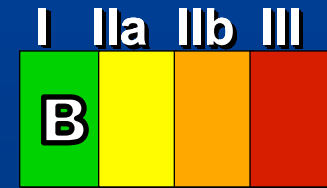
I	IIa	IIb	III
B			

I	IIa	IIb	III
C			

Anticoagulación en los SCASST

Estrategia Conservadora

- Fondaparinux 2,5 mg/d en una única dosis sc será indicado hasta el alta hospitalaria u 8 días de internación.
- En pacientes con elevado riesgo de hemorragia (añosos, IRC, ACV previo) es preferible el uso de fondaparinux en lugar de enoxaparina.
- En aquellos pacientes tratados con fondaparinux y que deban efectuarse una ATC en la evolución , se indicará previamente un bolo iv de HNF de 85 UI/kg (60 UI/kg si se planifica uso de IG IIb-IIIa)



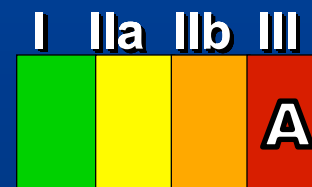
OASIS-5. Muerte/IAM

	Enox (10021) %	Fonda (10057) %	HR	p
9 d	4,1	4,1		No inferior
H. mayor	4,1	2,2		<0,001
30 d	6,8	6,2		0,07
Muerte	3,5	2,9	0,83	0,02
ACV	1	0,7	0,77	ns
H. Mayor	5	3,1	0,62	<0,001
180 d	11,4	10,5	0,92	0,05
Muerte	6,5	5,8	0,89	0,05
ACV	1,7	1,3	0,78	0,04
H. mayor	5,8	4,3	0,72	<0,001

IAM no diferencias

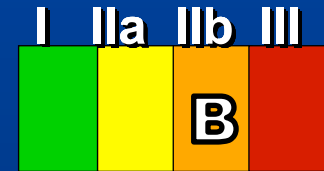
Anticoagulación en los SCASST

- HBPM no deben utilizarse luego del alta hospitalaria

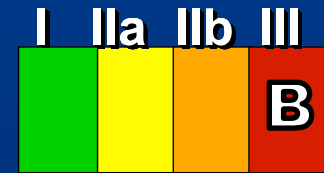


Anticoagulación en los SCASST Prevención secundaria

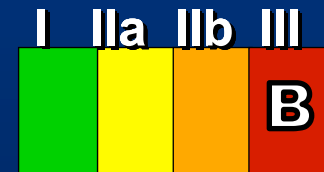
- Rivaroxaban en pacientes estables iniciado en la etapa hospitalaria y durante 1 año



- Apixaban asociado ASS o tratamiento antiplaquetario dual en pacientes estables iniciado en la etapa hospitalaria dentro de los 7 días y durante 1 año



- Dabigatran dentro de los 14 días de un SCA asociado a tratamiento antiplaquetario dual y por 6 meses



ATLAS 51. Eventos finales primarios

n: 15526 (SCASST 50%). Empleo total de ATC 60% y Tienopiridinas 93%
Tiempo a la randomización 4,7d. Seguimiento 13 meses

	Rivaroxaban (10229) %	Placebo (5113) %	HRIC95%	p
Muerte CV, IAM y ACV	8,9	10,7	0,84 (0,74-0,96)	0,002
Muerte CV	3,3	4,1	0,80 (0,65-0,99)	0,05
IAM	5,5	6,6	0,85 (0,72-1)	0,01
ACV	1,6	1,2	1,24 (0,86-1,78)	0,2
Hemorragia mayor TIMI no relacionado a CRM	2,1	0,6	3,96 (2,46-6,38)	<0,001

Rivaroxaban. Limitaciones

- La Comisión Europea de Salud lo aprobó.
- La FDA no. La principal objeción fue que un 12% de los pacientes tuvieron un seguimiento incompleto, mucho mayor que la diferencia del 1 al 1,5% en los eventos analizados a favor de la droga.
Un total de 1294 pacientes suspendieron el estudio prematuramente sin conocimiento de los motivos. La compañía fue capaz de contactar solo a 183p (177p estaban vivos)

APPRAISE II. Eventos finales primarios

Programado 10800p (suspensión prematura con 7392p).

Tiempo a randomización 6 días. Seguimiento 8 meses.

Perdidos en el seguimiento 0,7%. SCASST: 60%. Empleo total de ATC 40%.

	Apixaban (3705) %	Placebo (3687) %	HRIC95%	p
Muerte CV, IAM y ACV isquémico	7,5	7,9	0,95 (0,80-1,11)	0,5
Hemorragia mayor	1,3	0,5	2,6 (1,5-4,46)	0,001

Estudio RE-DEEM

n: 1861 con SCA c/s ST. 4 regímenes de dosis

Mediana de administración : 7,5 días. Seguimiento 6 meses

	Placebo (638) %	Dabigatran (grupo combinado) (1490) %	ORIC95%	p
Hemorragia Mayor (ISTH)	2,2	5,9	2,85 (1,4-5,93)	<0,0001
Muerte CV, IAM no fatal u ACV isquémico	3,8	4	1,05 (0,6-1,9)	ns



SCA sin elevación del segmento ST

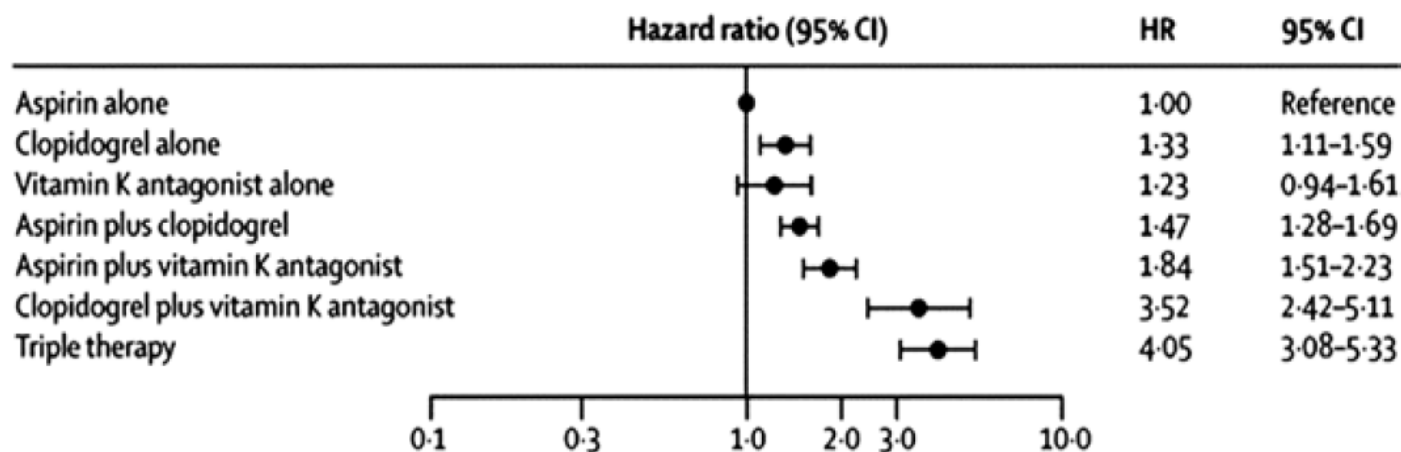
Manejo de Pacientes con Indicación de Anticoagulación Oral

Redacción: Dr. Ernesto Duronto



2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

e396 Circulation January 29, 2013



WOEST Trial

Randomisacion 1:1:

Doble terapia:

ACO + 75mg
Clopidogrel

1 mes minimo si BMS

1 año si DES

Triple terapia

ACO + 75mg Clopidogrel
+ 81mg Aspirina

1 mes minimo si BMS

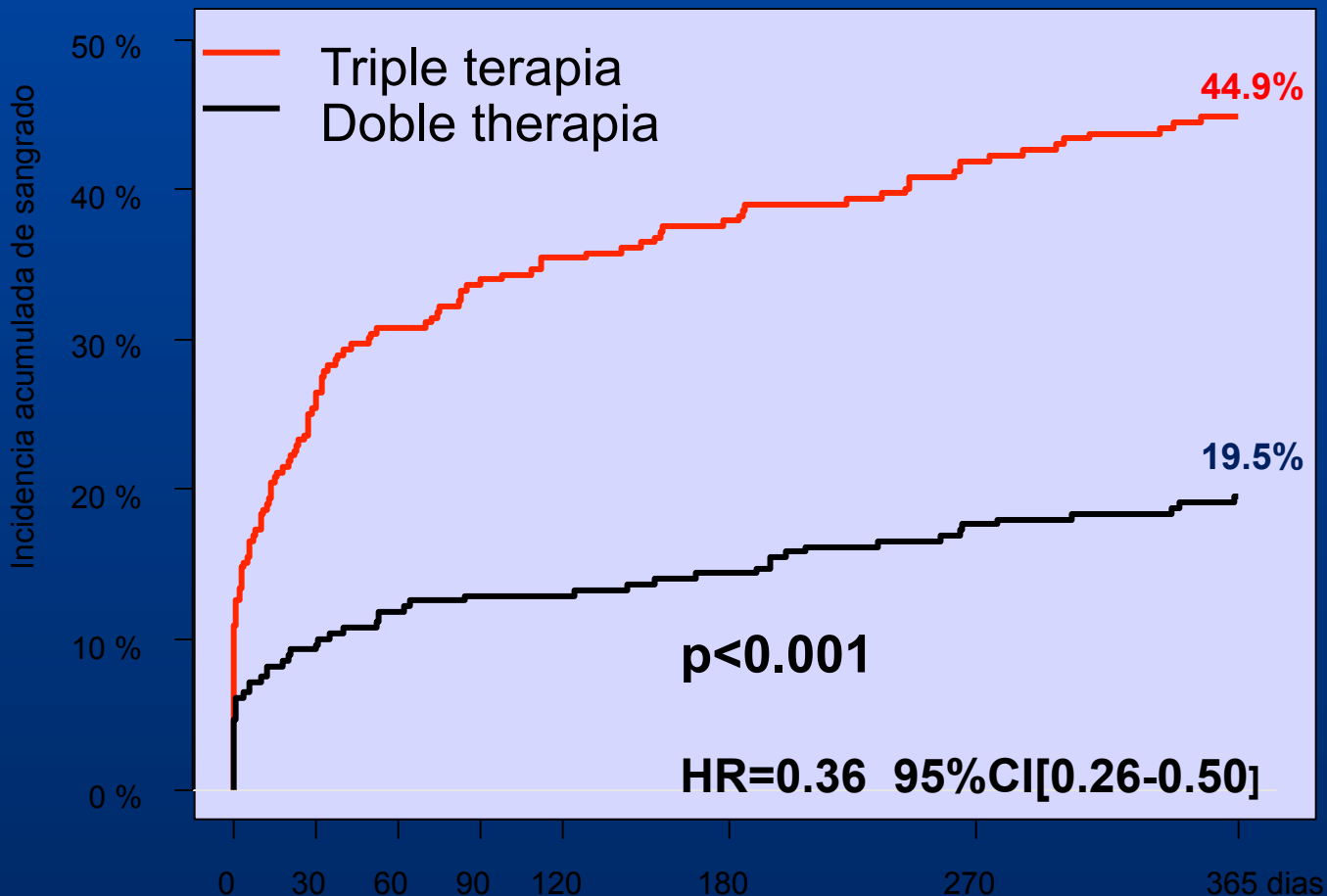
1 año si DES

Punto final primario: ocurrencia de hemorragia (Criterios TIMI)

Puntos secundarios:

- Combinacion de ACV, muerte, infarto, stent trombosis y TVR
- Todos los componentes del PF primario y secundario.

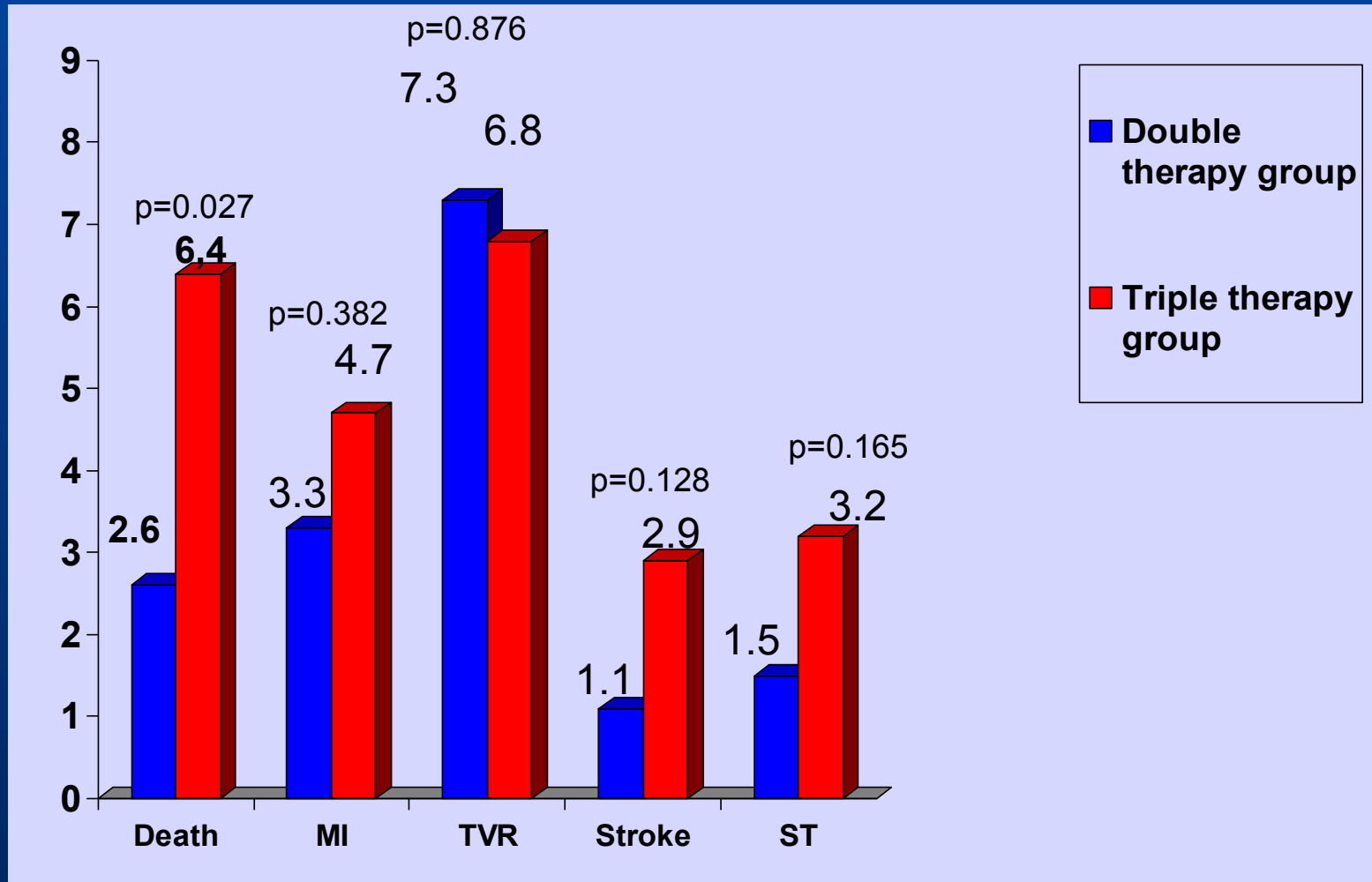
Punto Final Primario: Numero total de eventos de sangrado



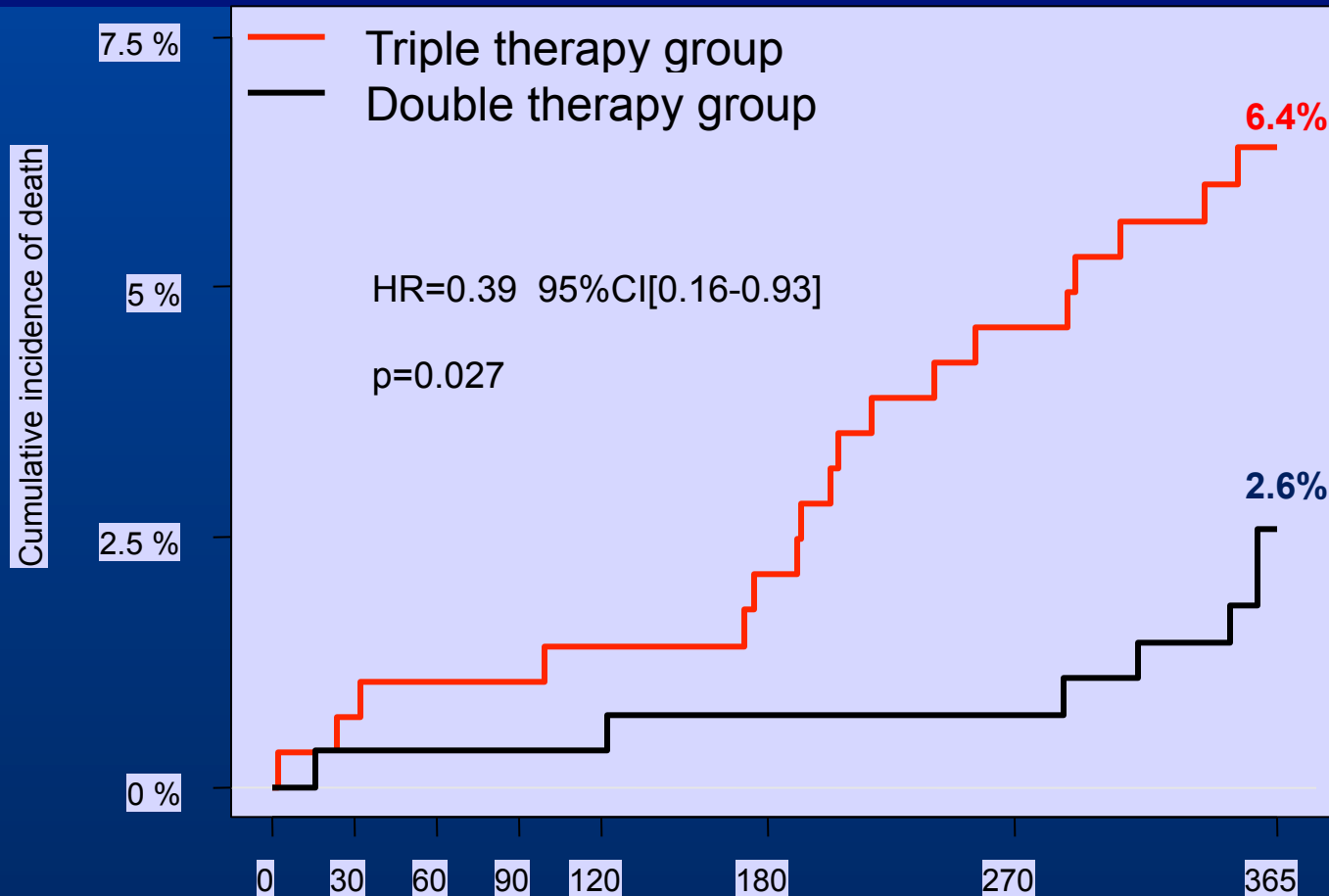
64% de reducción del sangrado al año.

WOEST

Puntos Finales Secundarios



Mortalidad Total



61% de reducción de la mortalidad anual.

Anticoagulación Oral y antiplaquetarios en Pacientes con Infarto de Miocardio y ATC

12,165 p. con FA internados por IAM y/o ATC.

Grupo	Evento Coronario RR IC 95%	ACV RR IC 95%	Mortalidad RR IC 95%
ACO + clopidogrel	0.69 (0.48-1.00)	NS	NS
AAS + Clopidogrel	1.17 (0.96-1.42)	1.50 (1.03 -2.20)	1.60, (1.25-2.05)
ACO + AAS	0.96 (0.77- 1.19)	NS	1.52, (1.17 to 1.99)

ACO y clopidogrel fue igual o mejor en eficacia y seguridad respecto a triple terapia

CURRENT CONCEPTS

Management of Antithrombotic Therapy in Patients Undergoing Invasive Procedures

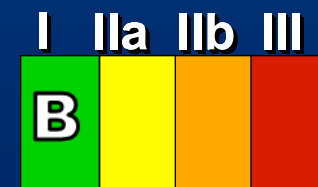
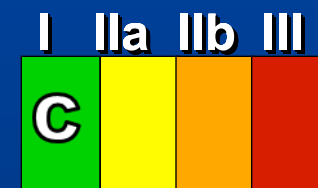
Todd H. Baron, M.D., Patrick S. Kamath, M.D., and Robert D. McBane, M.D.

Table 3. Approach to Bridging Therapy.

Condition	Bridging Therapy Required	No Bridging Therapy	Comments
Mechanical heart valve	Mitral-valve replacement, two or more mechanical valves, non-bileaflet aortic-valve replacement, or aortic-valve replacement with other risk factors	Aortic-valve replacement, bileaflet prosthesis, and no additional risk factors	Other risk factors include prior stroke, TIA, intracardiac thrombus, or cardioembolic event
Nonvalvular atrial fibrillation	Prior stroke or embolic event, cardiac thrombus, or CHADS ₂ score of ≥ 4	No prior stroke or embolic event, absence of cardiac thrombus, or CHADS ₂ score of < 4	Prior stroke, TIA, intracardiac thrombus, or cardioembolic event increases risk
Venous thromboembolism	Venous thromboembolism within previous 3 mo or severe thrombophilia	Venous thromboembolism > 3 mo previously or no additional risk factors (e.g., active cancer and nonsevere thrombophilia)	Consider inferior vena cava filter if venous thromboembolism occurred < 1 mo previously, if urgent or emergency surgery is required, or if there is a contraindication to anticoagulation therapy

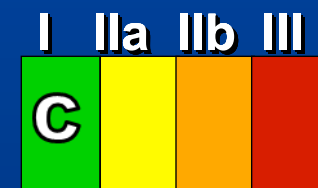
Medidas para la prevención de la hemorragia en pacientes con anticoagulación oral

- Se recomienda la realización de un control de coagulación al ingreso en pacientes que estén tratados con anticoagulación oral.
- Se recomienda el uso de la vía radial por sobre la femoral en la angiografía diagnóstica y en la intervención percutánea en pacientes tratados con anticoagulantes orales.
- Se recomienda la utilización de stents metálicos por sobre la de stents farmacoactivos a pacientes con indicación de anticoagulación oral luego del alta, excepto indicación precisa de estos stents.



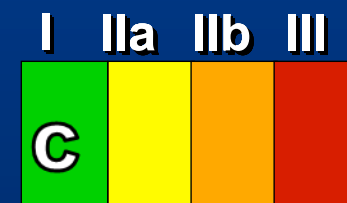
Medidas para la prevención de la hemorragia en pacientes con anticoagulación oral

- Se recomienda la suspensión de la anticoagulación oral para realización de procedimientos invasivos.



- Si el procedimiento no es urgente se recomienda la realización de la intervención coronaria con el siguiente esquema:

-Pacientes tratados con antag de vit K: RIN < a 2.



-Pacientes tratados con dabigatran:

Cl creat > 50: 24 Hs luego de ultima dosis

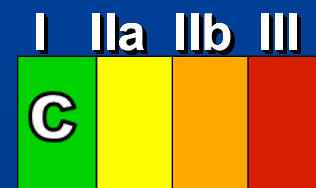
Cl Crat 30-50: 48 Hs. Cl creat < 30: 4 días.

-Pacientes tratados con Rivaroxaban:

Cl creat > 30: 24 Hs de ultima dosis. < 30: 2 días.

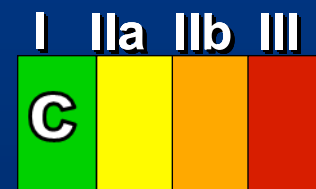
Medidas para la prevención de la Trombosis en pacientes con anticoagulación oral

- Si se utiliza la vía radial y el procedimiento se realiza con niveles terapéuticos de INR se puede obviar la terapia puente con heparinas

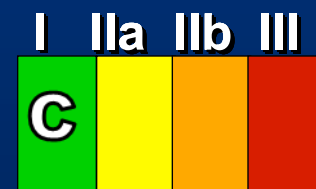


- Se recomienda el uso de terapia puente con heparinas durante el procedimiento invasivo en:

Pacientes valvulares con alto riesgo trombotico (prótesis mecánica mitral, aortica monodisco o doble protesis) con ACO suspendida y RIN menor a 2.

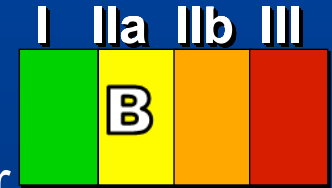


Pacientes con fibrilación auricular y score CHADS ≥ 4 o ACV previo y en pacientes con embolia pulmonar reciente (< 3 meses) o trombofilia, con ACO suspendida y RIN menor a 2.

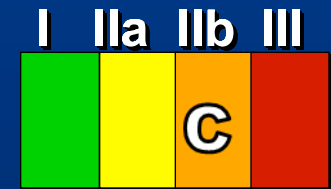


Medidas para la prevención de la hemorragia luego del alta hospitalaria

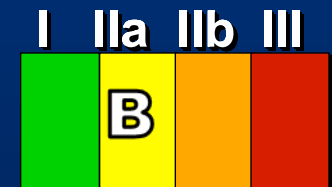
- Se recomienda tratar a todos los pacientes con indicación de anticoagulación oral según riesgo embólico y hemorrágico utilizando triple esquema por el tiempo mínimo requerido.



- Se recomienda mantener un RIN de 2-2,5 en pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K que deban recibir doble terapia antiplaquetaria.

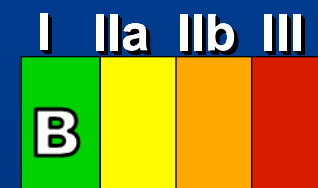


- La utilización de clopidogrel y antagonistas de la vitamina K es preferible por sobre el triple esquema antitrombotico en pacientes con stents coronarios e indicación de anticoagulación oral, sobre todo si el riesgo hemorrágico es elevado.

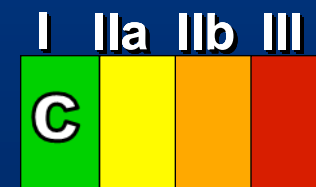


Medidas para la prevención de la hemorragia luego del alta

- Se recomienda la protección del sangrado gastrointestinal mediante la administración de inhibidores de secreción ácida gástrica, conjuntamente con los antitrombóticos a pacientes tratados con triple esquema antitrombotico.



- Se recomienda posponer todos los procedimientos programados que conlleven riesgo de sangrado por al menos 6 semanas luego de un stent metálico y 6 meses luego de un stent farmacológico.





SCA sin elevación del segmento ST

Estrategia inicial invasiva vs. conservadora

Selección de estrategias de revascularización

Redacción: Dr. Nau, Gerardo

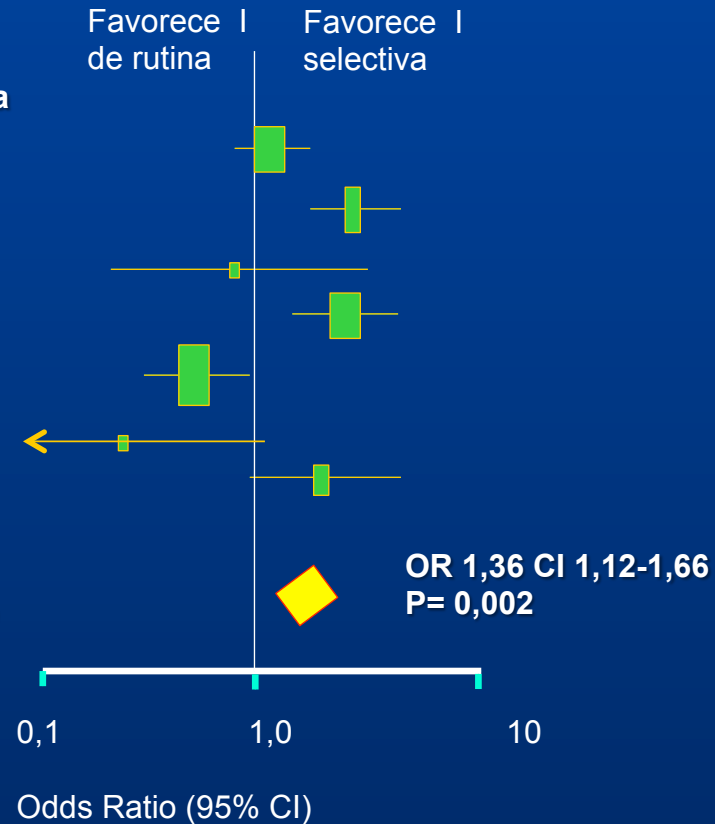
Dr. Trivi, Marcelo

Muerte, IAM y Revascularización SCASST (%)



Muerte o IAM desde randomización al alta N./Total (%)

Pacientes	Invasiva de rutina	Invasiva selectiva
TIMI IIIB	51/740 (6,9)	45/733 (6,1)
MATE	3/111 (2,7)	3/90 (3,3)
VANQWISH	36/462 (7,8)	15/458 (3,3)
FRISC II	72/1222 (6,4)	38/1235 (3,1)
TACTICS-TIMI 18	38/1114 (3,4)	49/1106 (4,4)
RITA 3	31/895 (3,5)	21/915 (2,3)
VINO	1/64 (1,6)	6/67 (9,0)
Todos	238/4608 (5,2)	177/4604 (3,8)



1994 - 2002

✓ **Estrategia invasiva inicial**

Inmediata

No inmediata

✓ **Estrategia conservadora inicial**

✓ **Selección de tipo de revascularización**

Cirugía de revascularización miocárdica

Angioplastia coronaria

Estrategia invasiva

Coronariografía inmediata

- Angina y cambios del segmento ST persistentes luego del tratamiento médico inicial.
- Infradesnivel del segmento ST extenso asociado a hipotensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca secundaria a isquemia extensa (incluye insuficiencia mitral).
- Arritmias complejas asociadas a cuadro coronario inestable.

I	Ila	Ilb	III
C			

I	Ila	Ilb	III
C			

I	Ila	Ilb	III
C			

I	Ila	Ilb	III
C			

Estrategia invasiva inicial

- Cambios dinámicos del segmento ST-T o con síntomas recurrentes (angina refractaria)
- Revascularización en el último año
- Riesgo elevado por scores (AHA, GRACE, TIMI)
- Elevación significativa de biomarcadores
- Disfunción ventricular izquierda

I	IIa	IIb	III
A			

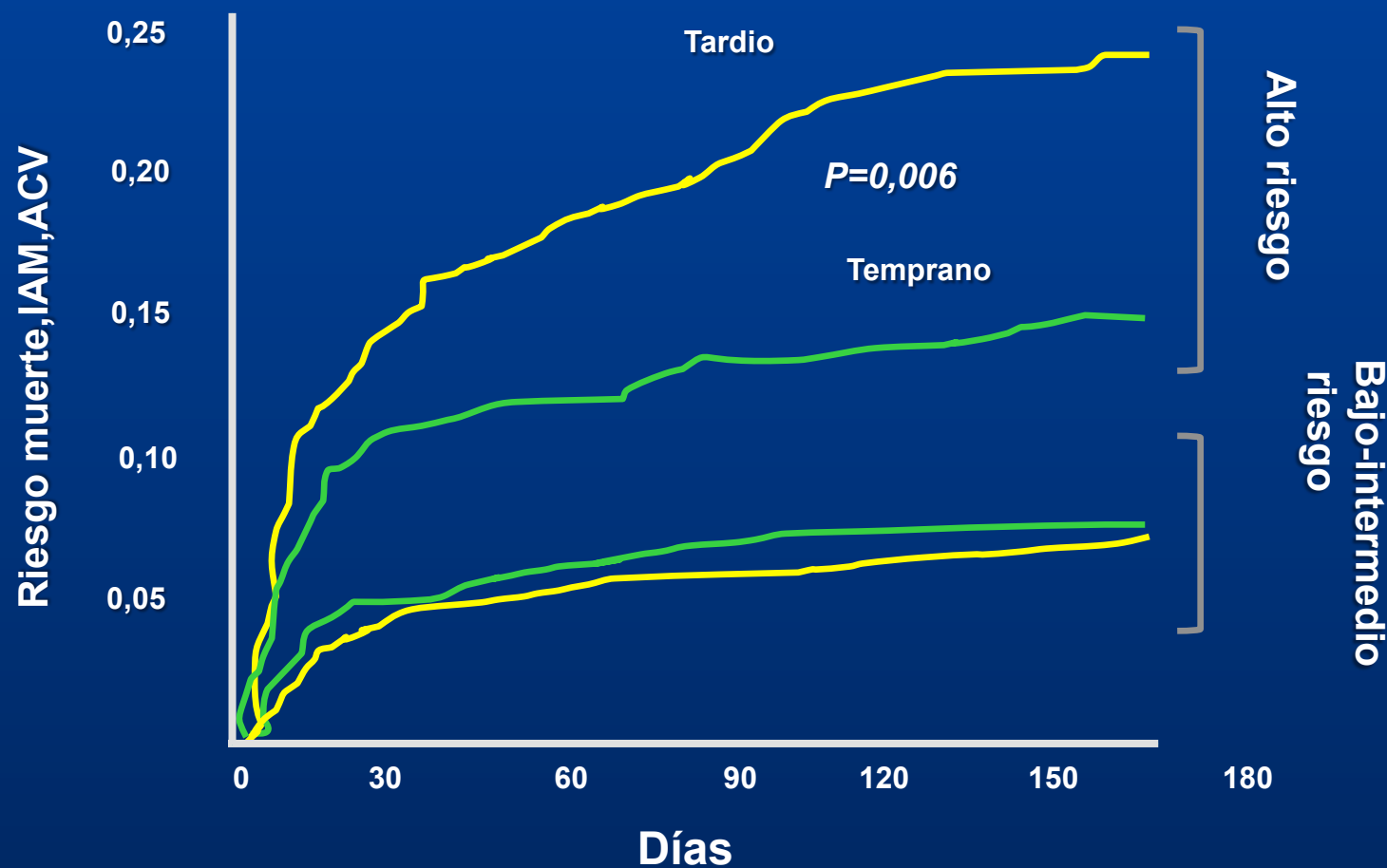
I	IIa	IIb	III
A			

I	IIa	IIb	III
A			

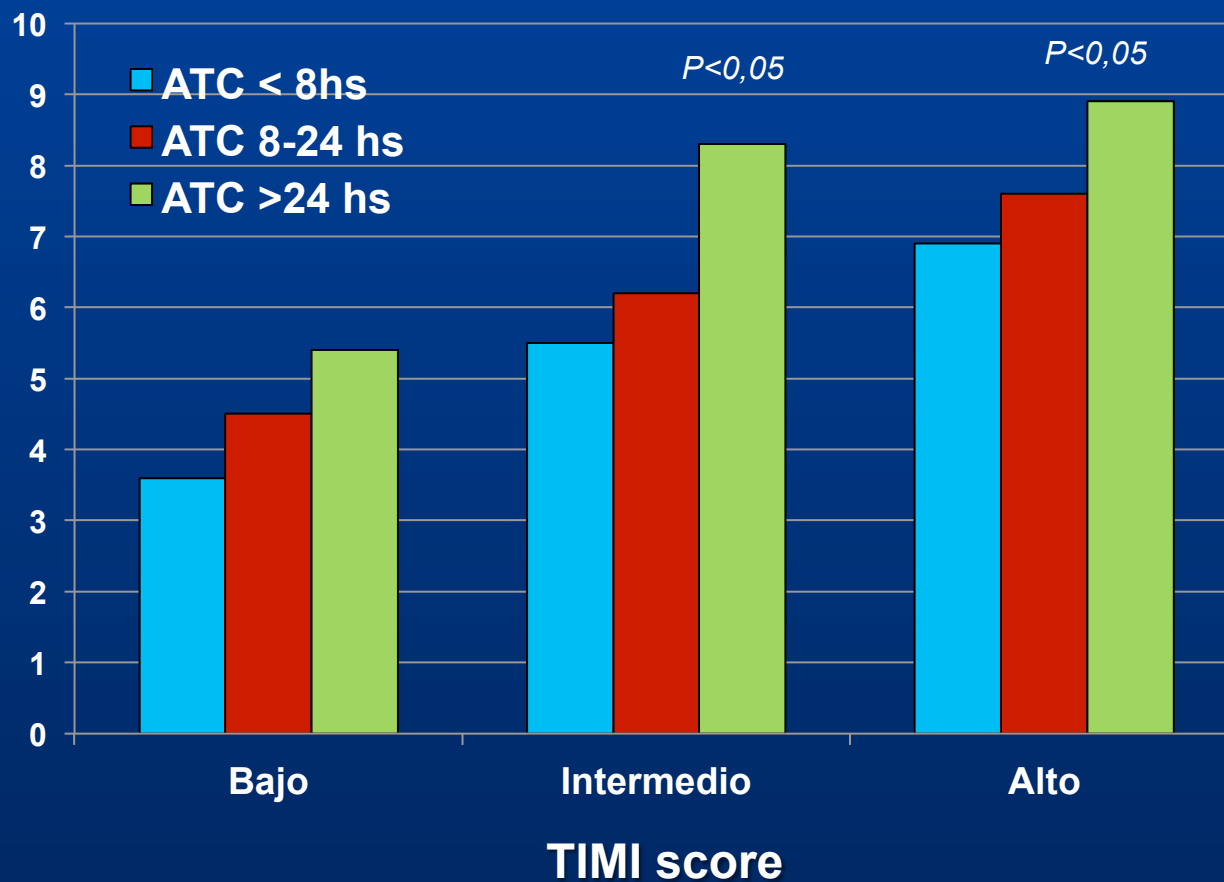
I	IIa	IIb	III
A			

I	IIa	IIb	III
C			

Kaplan-Meier riesgo acumulado estratificado por score GRACE

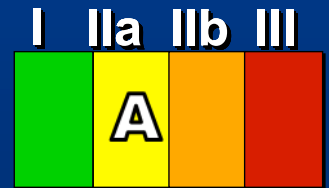
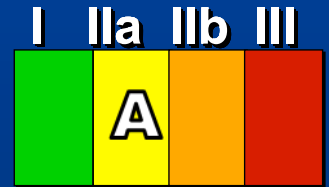


Riesgo muerte o IAM a 30 días por score TIMI y tiempo ATC



Estrategia invasiva inicial

- Asociación con valvulopatías significativas
- CRM o ATC previa (>1 año)
- Estrategia invasiva en pacientes con comorbilidades importantes, en quienes el riesgo de revascularización es mayor al beneficio.



Estrategia conservadora

- Sin síntomas recurrentes
- Scores de riesgo bajo
- Ausencia de isquemia significativa en prueba funcional

I	IIa	IIb	III
A			
I	IIa	IIb	III
A			
I	IIa	IIb	III
A			

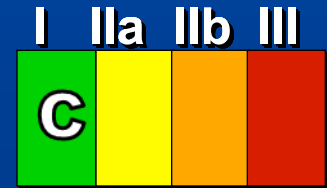
Evaluación no invasiva

- Se recomienda una prueba no invasiva para detección de isquemia en pacientes de bajo riesgo sin síntomas recurrentes antes de tomar la decisión de una estrategia invasiva

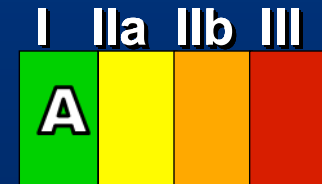
I	IIa	IIb	III
A			

Estrategias de revascularización

- La técnica de revascularización debe basarse en:
 - la gravedad clínica de la enfermedad (scores),
 - el diagnóstico de diabetes,
 - las características angiográficas de las lesiones,
 - en acuerdo conjunto con un equipo interdisciplinario cardiovascular.



- La utilización de *stents farmacoadactivos* se debe basar en las características basales individuales, la anatomía coronaria y el riesgo de hemorragia





SCA sin elevación del segmento ST

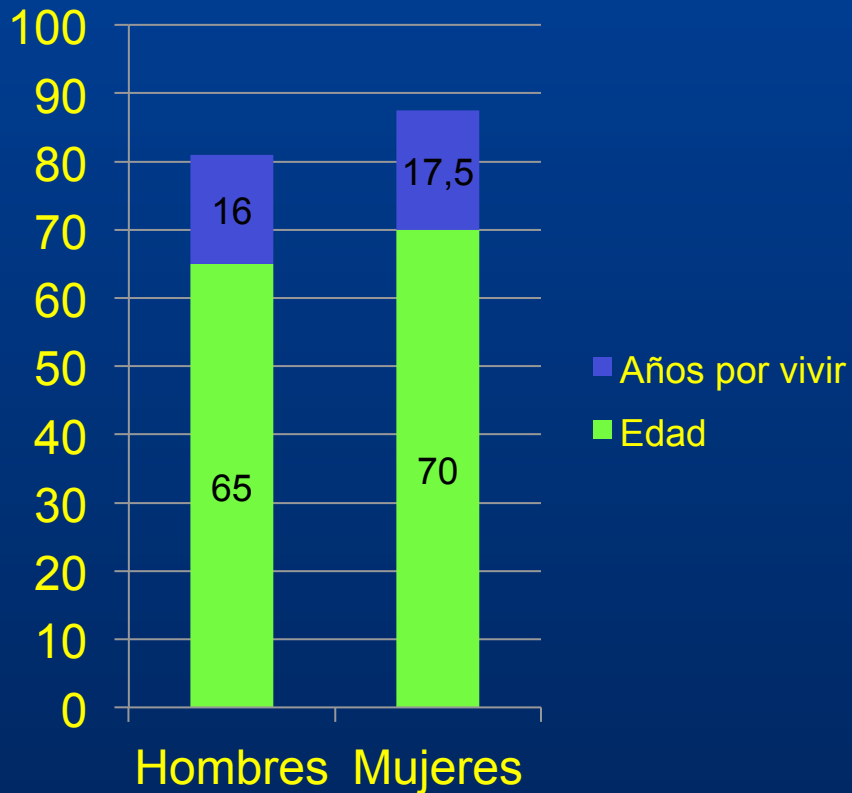
Poblaciones Especiales

Redacción: Dra. Ana Salvati

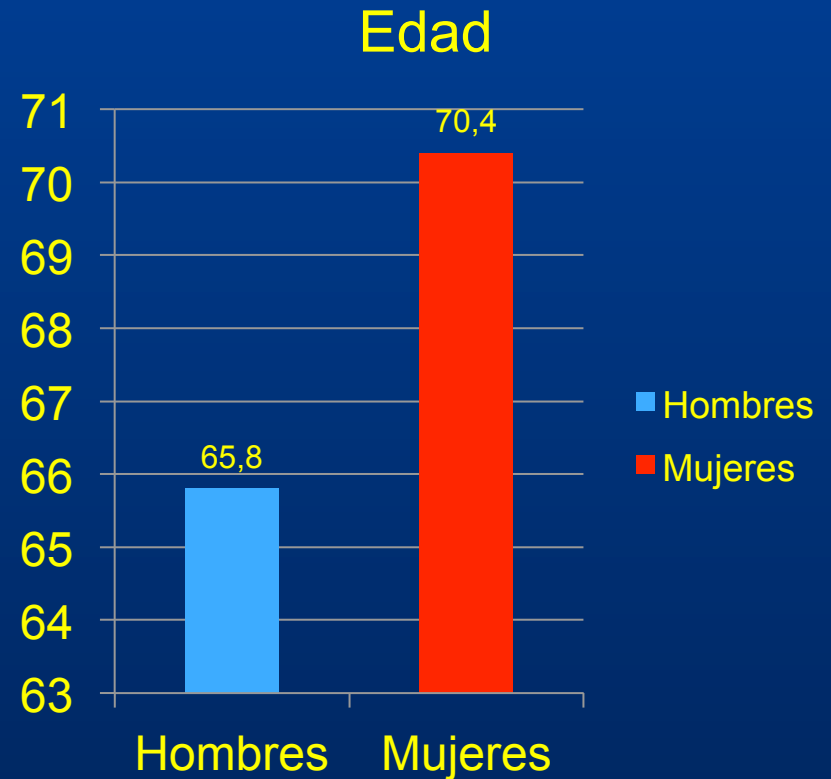
SCASST en Poblaciones Especiales

Pacientes Añosos

Expectativa de vida

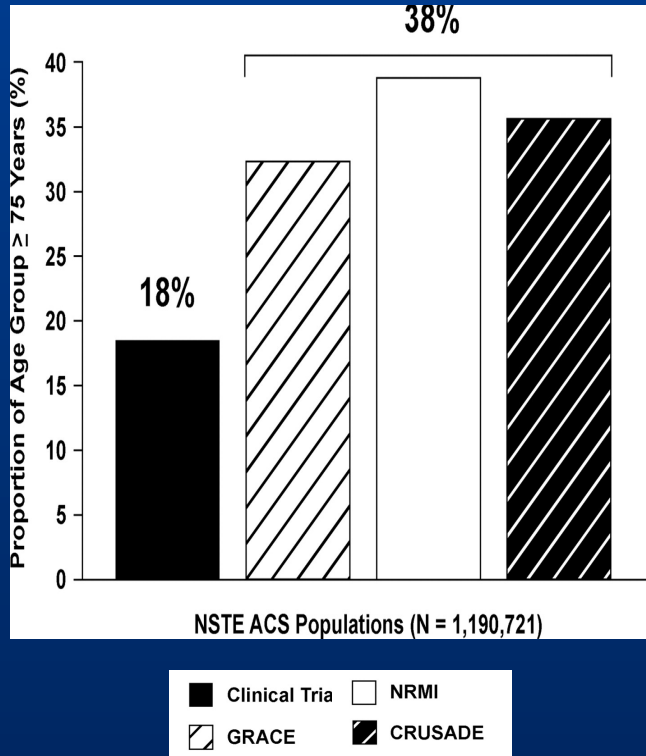


Primer evento coronario

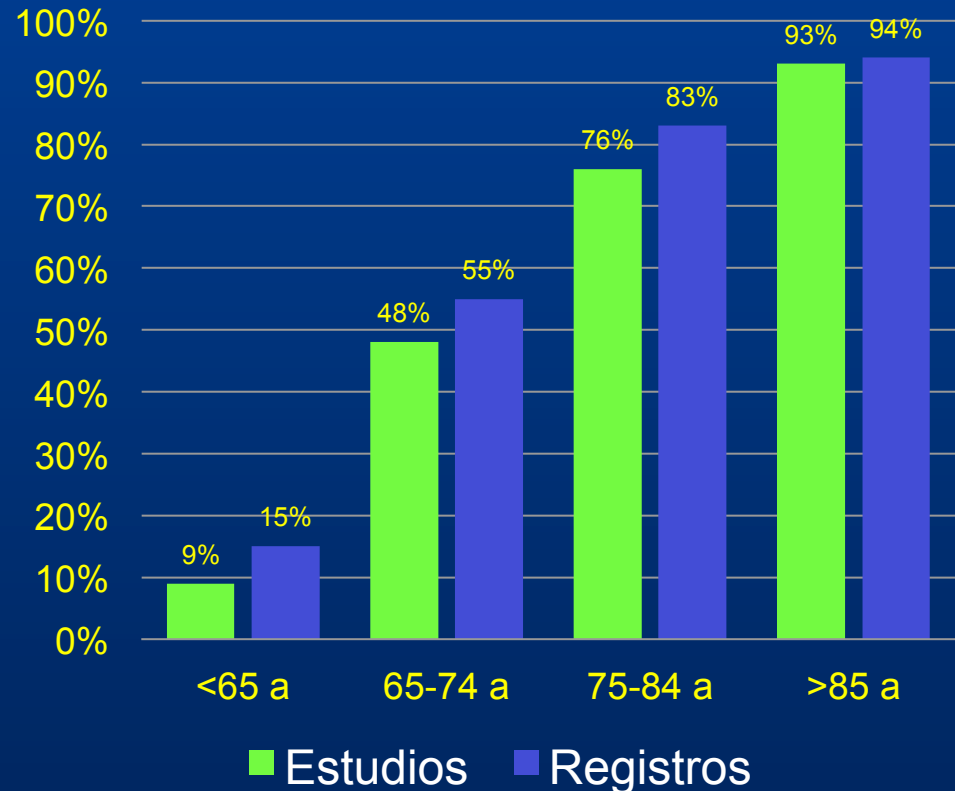


SCASST en Poblaciones Especiales Pacientes Añosos

Pacientes >75 años en Estudios aleatorizados y Registros



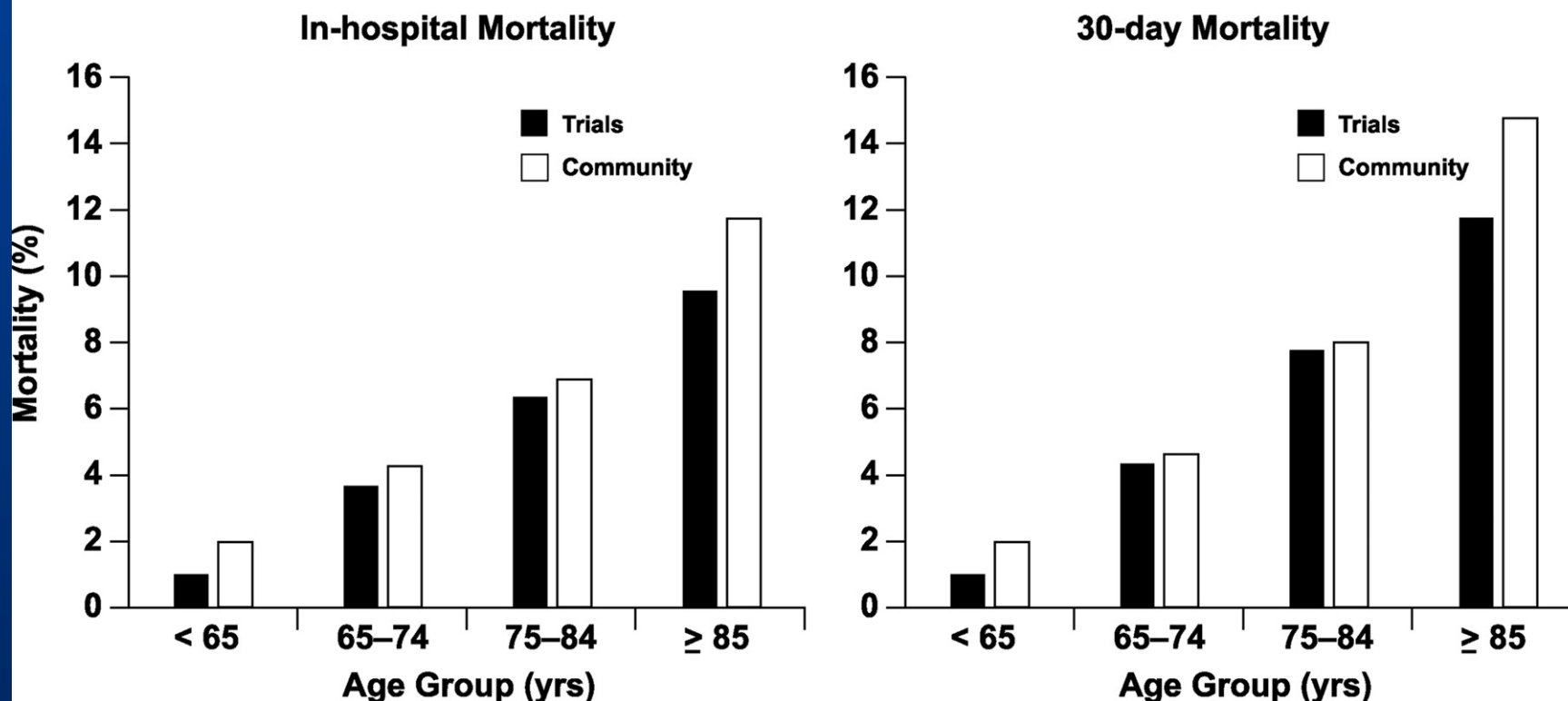
Tercilo de Alto Riesgo Muerte/IAM a 30 días



SCASST en Poblaciones Especiales

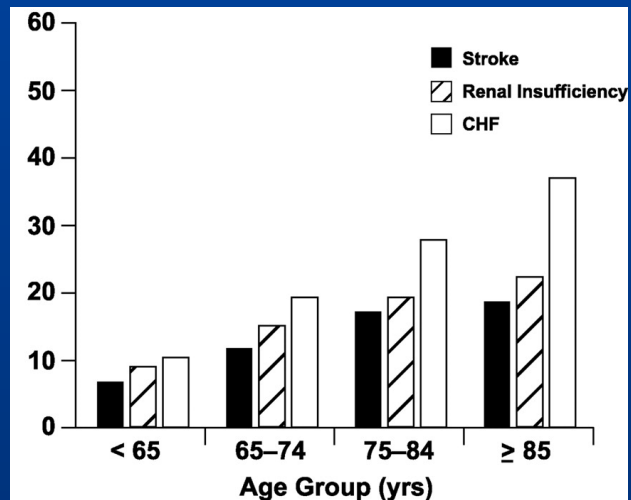
Pacientes Añosos

In-hospital and 30-Day Mortality

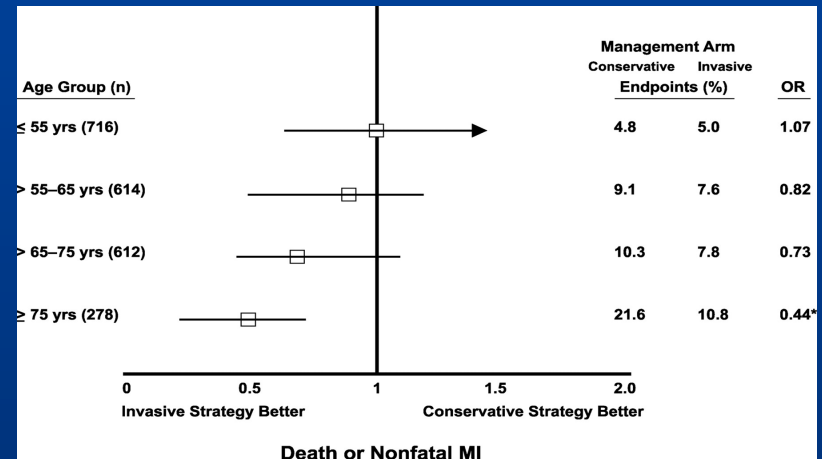


SCASST en Poblaciones Especiales

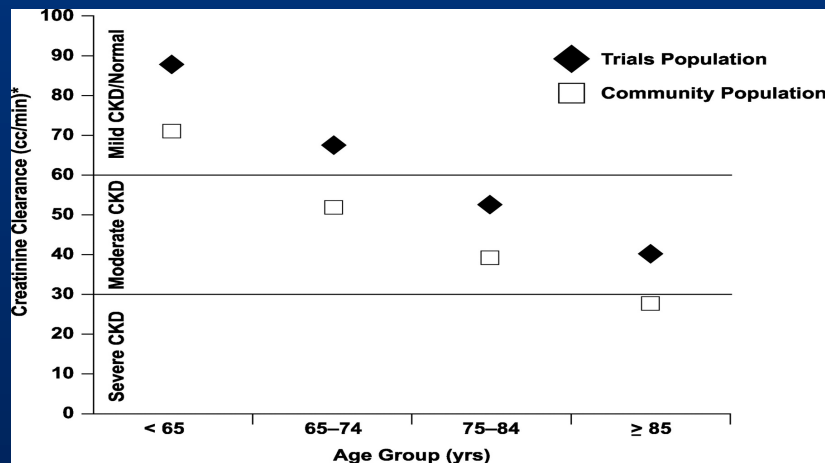
Pacientes Añosos



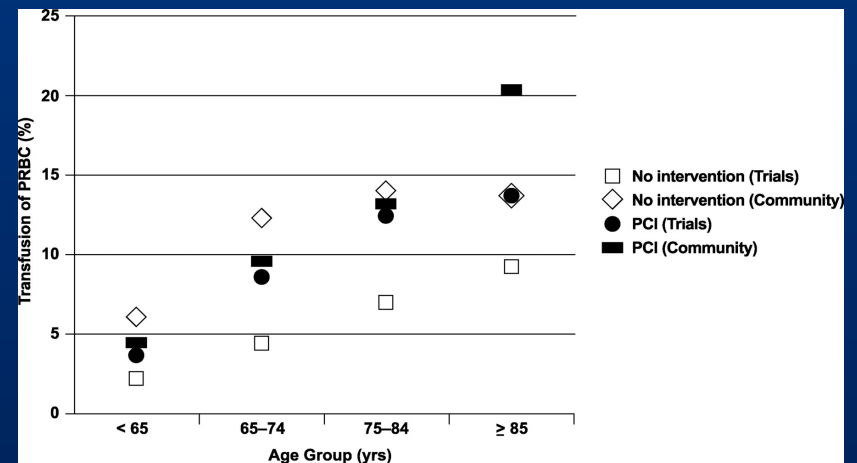
Beneficio Intervencionismo



Función Renal



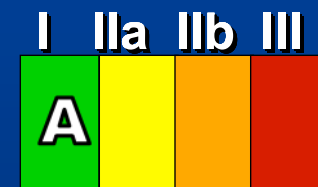
Transfusiones



SCASST en Poblaciones Especiales

Pacientes Añosos

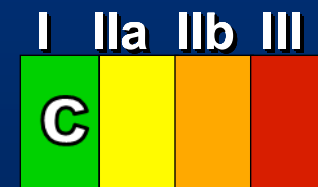
- Los pacientes añosos con SCA sin ST deben ser evaluados de manera similar al resto de los pacientes con SCA sin ST.



- La decisión del tratamiento a implementar debe hacerse basada en la edad cronológica, el estado general del paciente en todos sus aspectos y su expectativa de vida



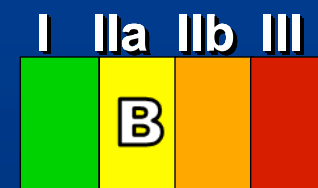
- Debe ajustarse la dosis de las drogas considerando la edad, clearance de creatinina y peso del paciente



SCASST en Poblaciones Especiales

Pacientes Añosos

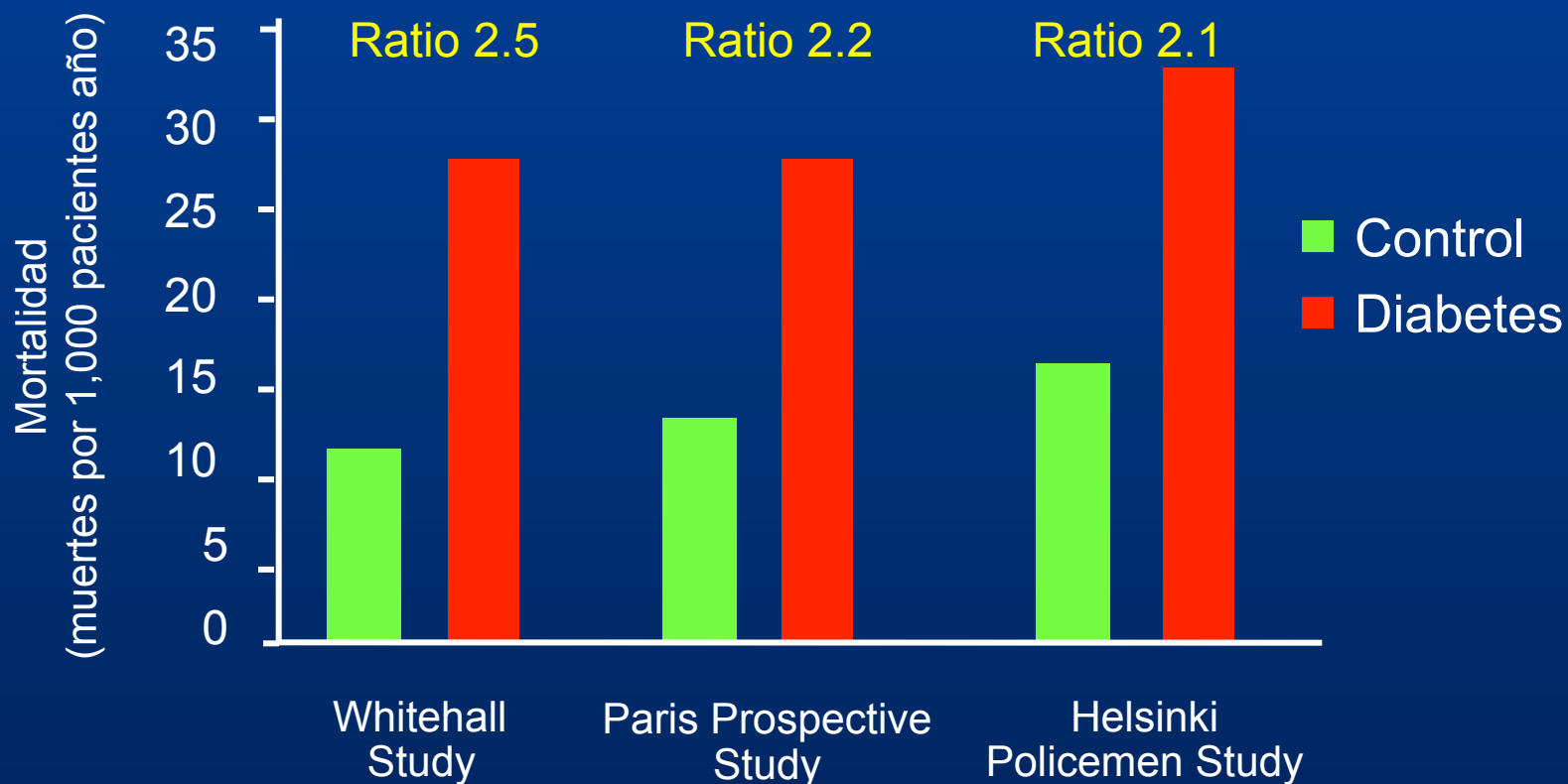
- La utilización de una estrategia invasiva en pacientes con moderado a alto riesgo debe ser considerada, sopesando el riesgo hemorrágico y del procedimiento en función del beneficio



SCASST en Poblaciones Especiales

Diabetes Mellitus

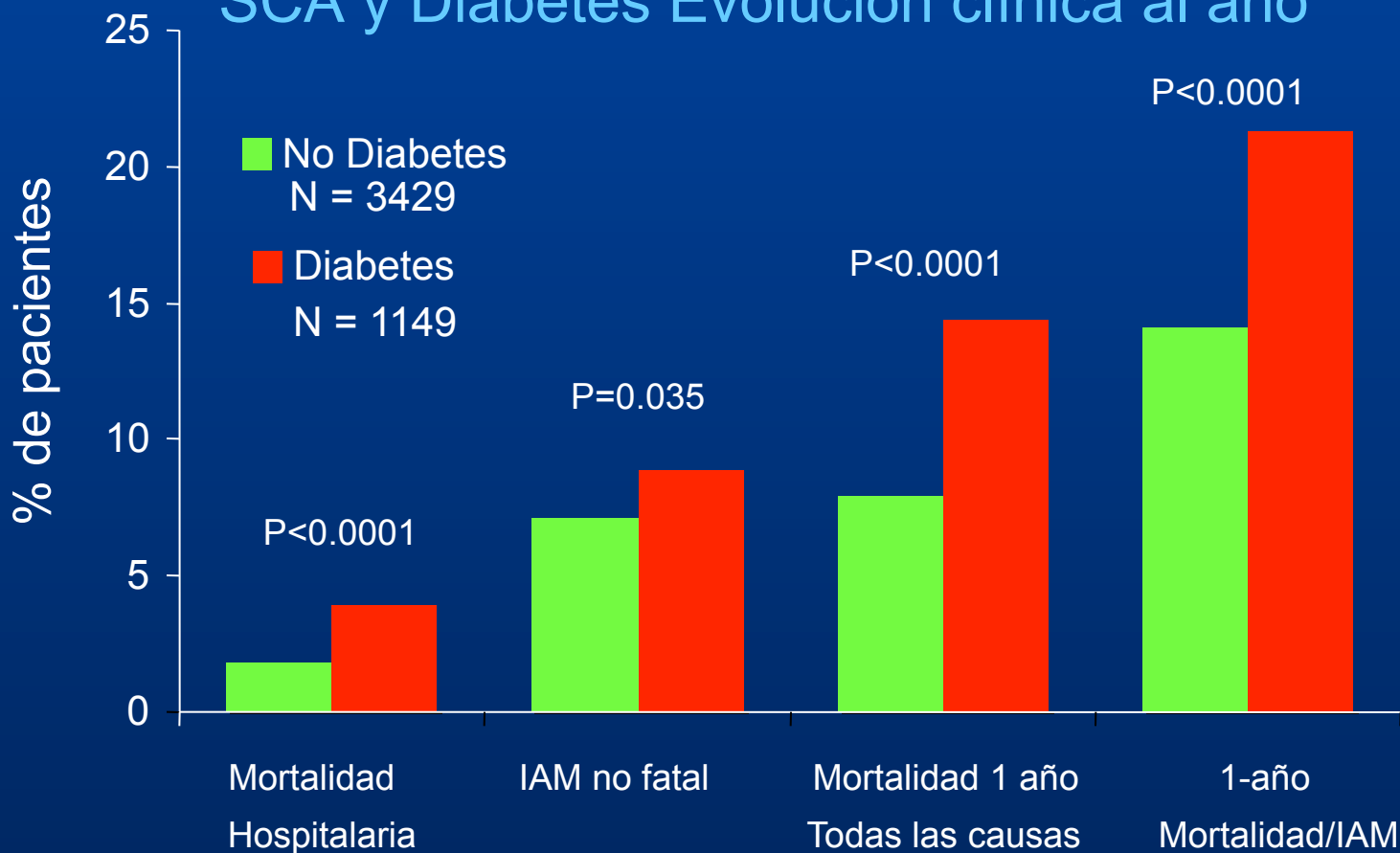
Mortalidad en DM vs No DM



SCASST en Poblaciones Especiales

Diabetes Mellitus

SCA y Diabetes Evolución clínica al año

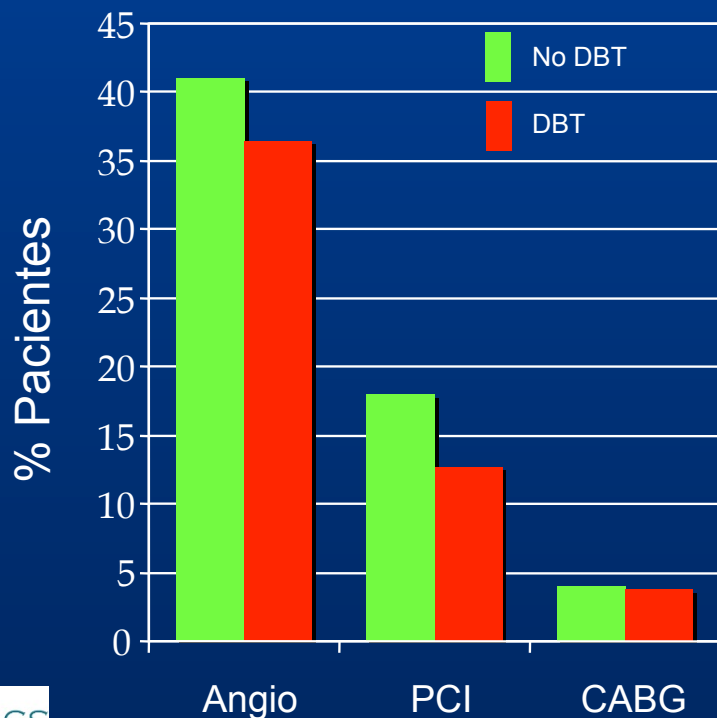


SCASST en Poblaciones Especiales

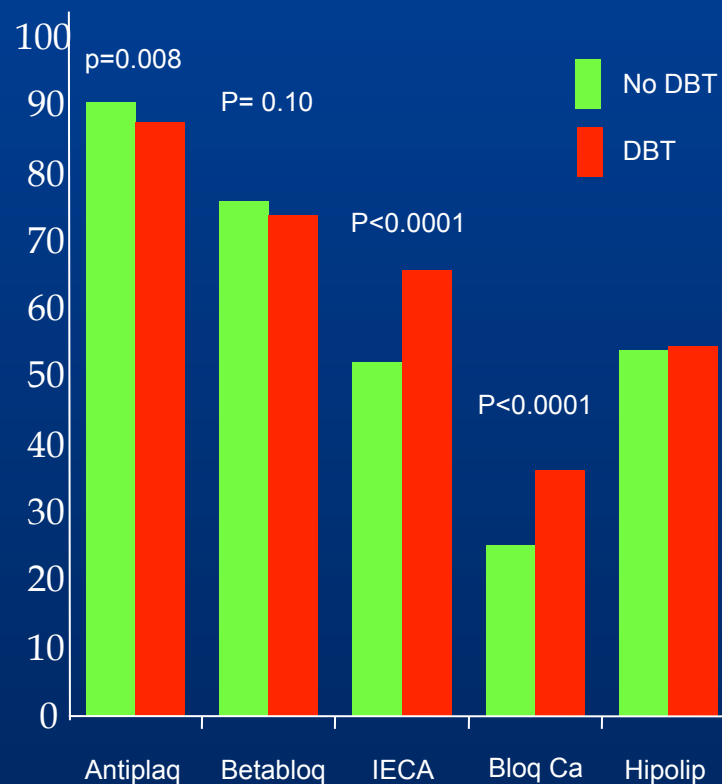
Diabetes Mellitus

CCG y Revascularización

No DBT 3429 pac - DBT 1149 pac



Medicación al alta



SCASST en Poblaciones Especiales Diabetes Mellitus

Estrategia invasiva inicial vs conservadora en pacientes diabéticos

TACTIS TIMI 18

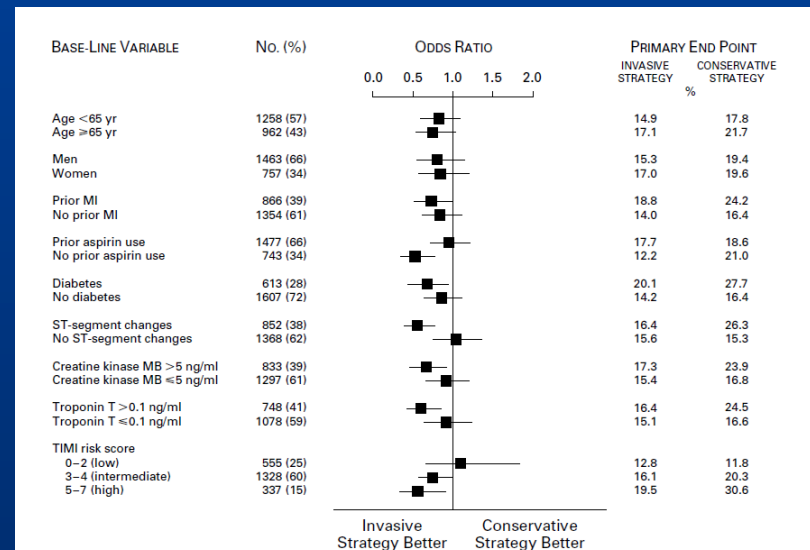
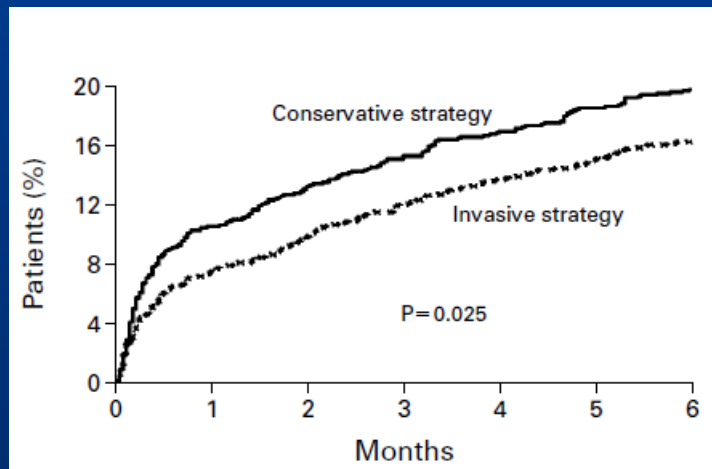


Figure 2. Rates of the Primary End Point of Death, Nonfatal Myocardial Infarction, or Rehospitalization for an Acute Coronary Syndrome at Six Months, According to Base-Line Characteristics.

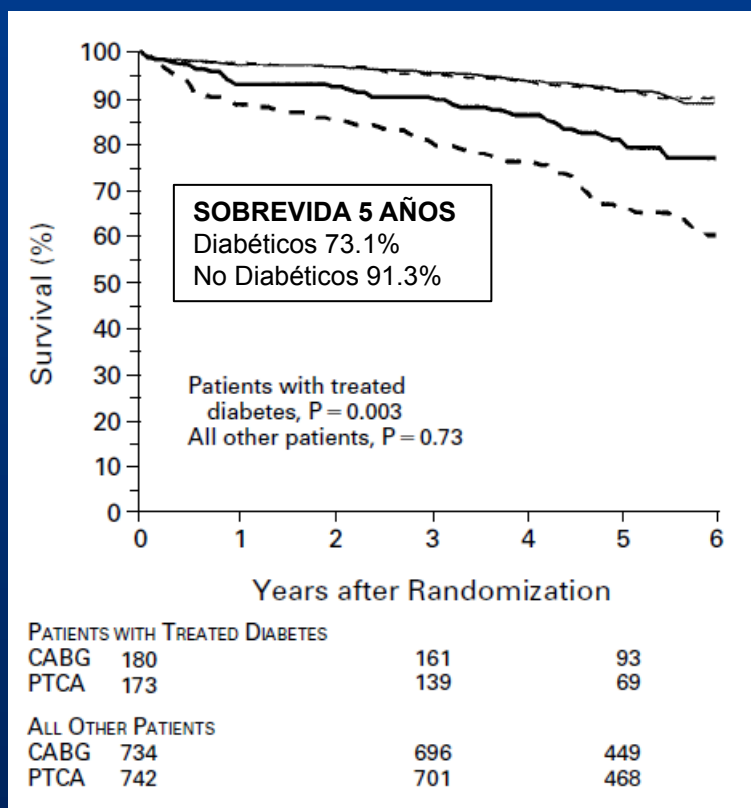
Odds ratios and 95 percent confidence intervals were determined by logistic-regression analysis. P values for the interaction were significant only for prior aspirin use ($P=0.02$) and ST-segment changes ($P=0.006$). For the analysis of the TIMI risk score, which assesses the risk of death and ischemic events in patients with unstable angina and myocardial infarction without ST-segment elevation, the upper bound of the confidence interval for a score of 3 to 4 was 0.999 ($P=0.048$; P for the interaction among the three risk groups=0.15). Troponin T was measured at base line in a total of 1826 patients. MI denotes myocardial infarction.

Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, Vicari R, Frey MJ, Lakkis N, Neumann FJ, Robertson DH, DeLucca PT, DiBattiste PM, Gibson CM, Braunwald E. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/ IIIa inhibitor tirofiban. *N Engl J Med* 2001;344:1879–1887.

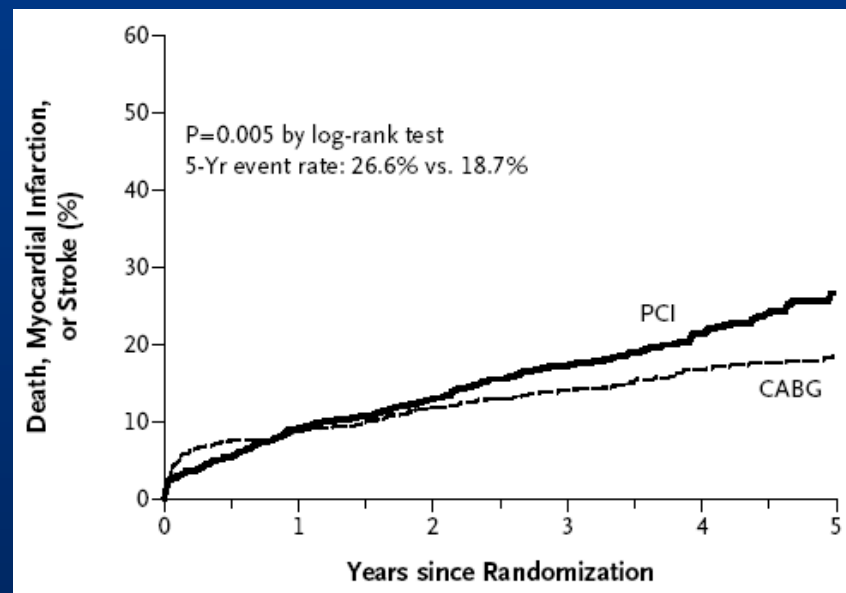
SCASST en Poblaciones Especiales

Diabetes Mellitus

BARI: CRM vs ATC en pacientes diabéticos



FREEDOM: CRM vs ATC en pacientes diabéticos

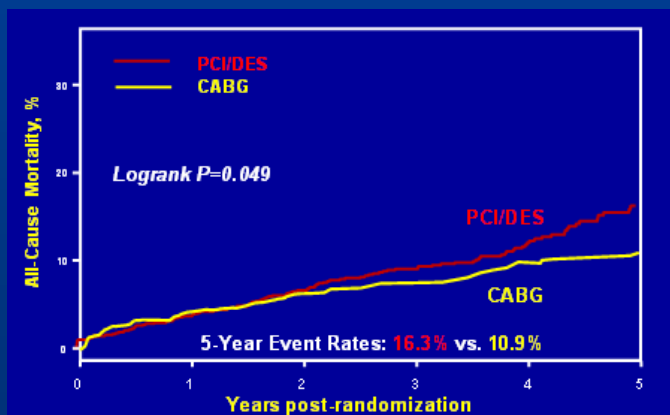


SCASST en Poblaciones Especiales

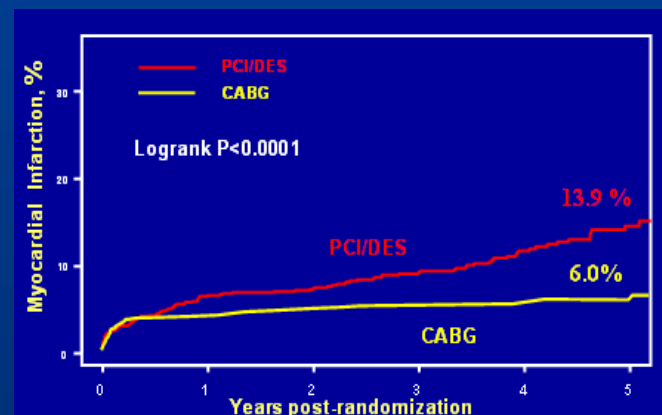
Diabetes Mellitus

Estudio FREEDOM

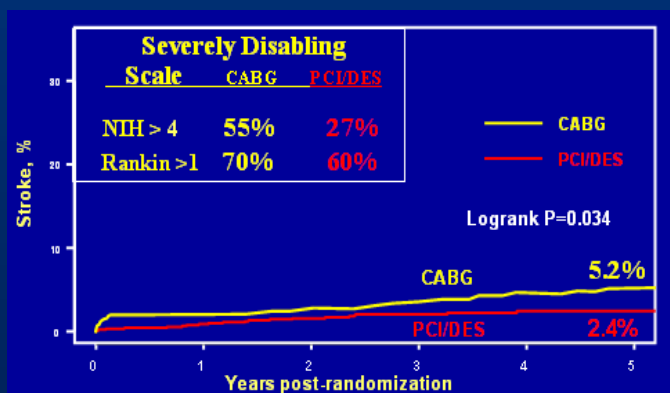
MORTALIDAD



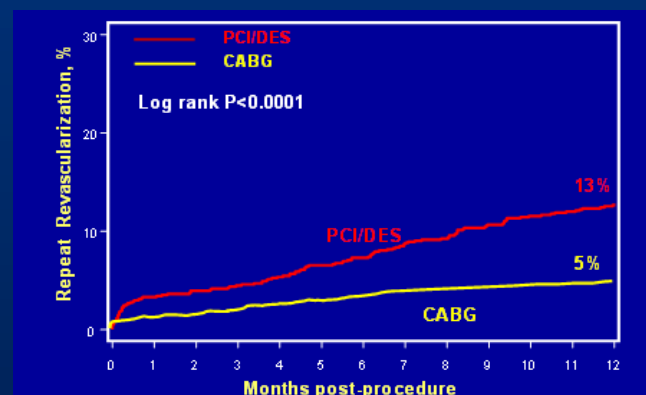
INFARTO



ACV



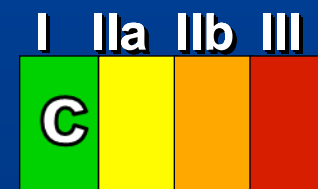
RE-REVASCULARIZACION



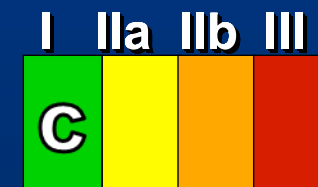
SCASST en Poblaciones Especiales

Diabetes Mellitus

- El tratamiento antitrombótico debe ser similar al de los pacientes no diabéticos



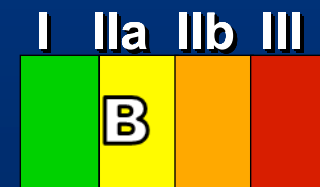
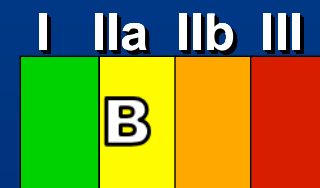
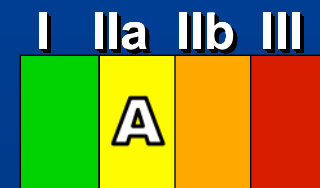
- La administración de insulina en pacientes con SCASST diabéticos o con hiperglucemia es adecuada para lograr glucemias < 180 - 200 mg%, evitando descensos por debajo de 90 mg%



SCASST en Poblaciones Especiales

Diabetes Mellitus

- La estrategia invasiva inicial se considera de elección para los pacientes diabéticos
- En pacientes diabéticos con enfermedad de un solo vaso la revascularización con ATC es un procedimiento razonable.
- En pacientes diabéticos con enfermedad de múltiples vasos la CRM es preferible sobre la ATC

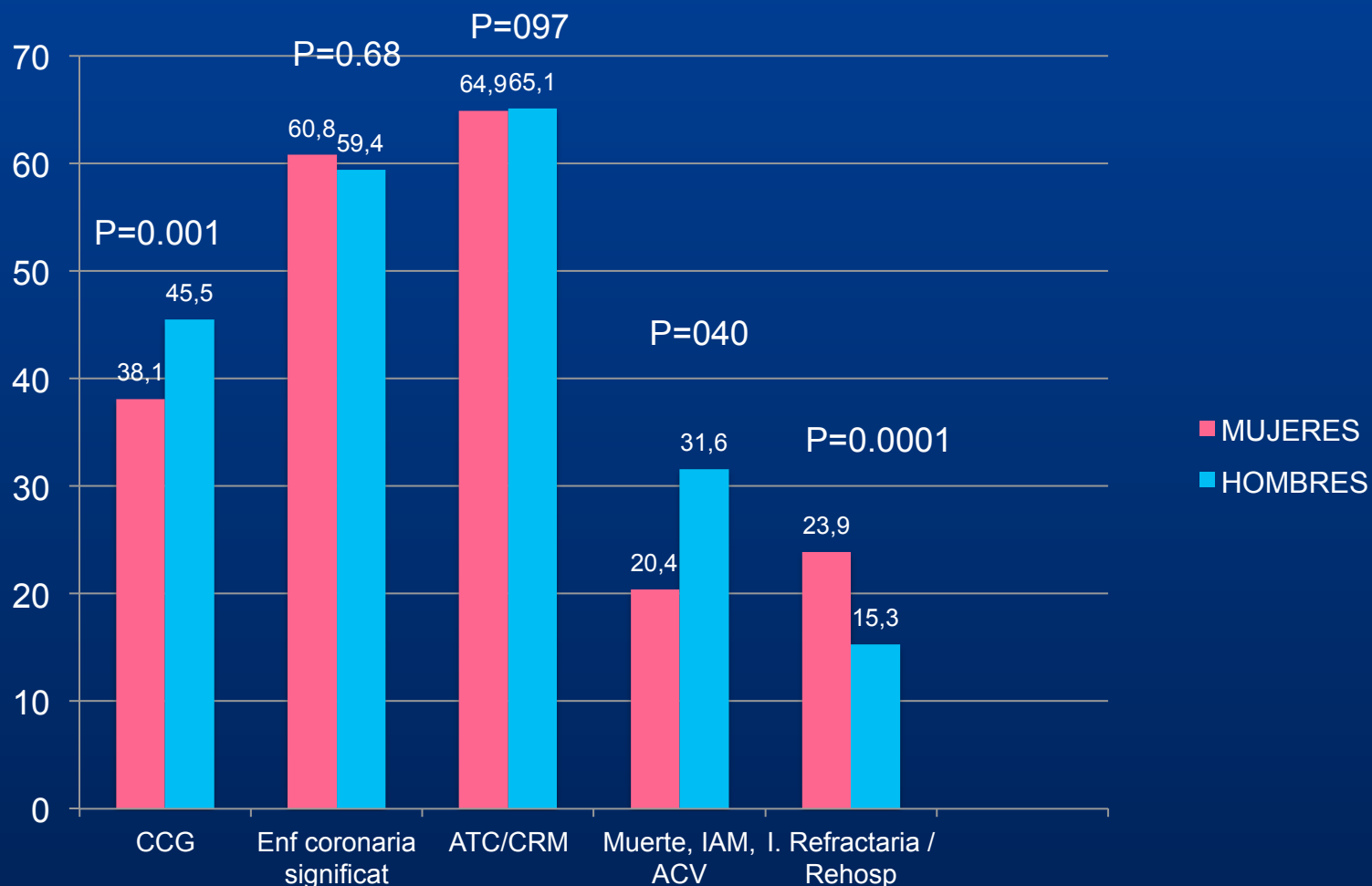


SCASST en Poblaciones Especiales

Mujeres

Estudio CURE:

Utilización de Procedimientos y Evolución Diferencias por género



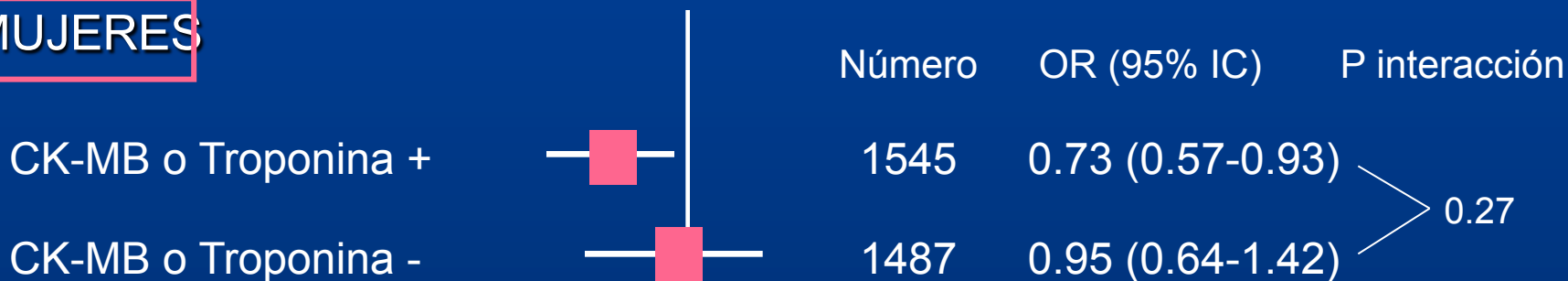
SCASST en Poblaciones Especiales

Mujeres

Subgrupos de Alto Riesgo

Muerte, IAM o rehospitalización por SCA

MUJERES



HOMBRES



0.2 1.0 5.0
Mejor invasivo Mejor conservador

Randomización a fin de seguimiento

SCASST en Poblaciones Especiales

Mujeres

- El tratamiento de las mujeres con SCASST debe regirse por los mismos principios que se aplican a los hombres.





SCA sin elevación del segmento ST

Calidad de Atención

Redaccion: Dr. Gonzalez, Miguel A.
Dr. Hirschson Prado, Alfredo

SCA sin elevación del segmento ST

Calidad de Atención

- ✓ Existe un gap entre las recomendaciones de las guías y la aplicación en la práctica diaria
- ✓ Estas variaciones en la aplicación o adopción de estrategias reconocidas, repercute en la evolución de los pacientes.
- ✓ La adherencia a los consensos tiene una correlación positiva con el bienestar de los mismos.
- ✓ Es necesario realizar esfuerzos para aplicar la traslación de la evidencia científica a la práctica diaria
- ✓ Las guías de diagnóstico y tratamiento son sugerencias. Las guías de Calidad de atención deberían ser una obligación autoimpuesta
- ✓ Calidad de atención es uno de los valores que debemos adoptar en forma individual y desde nuestra Sociedad

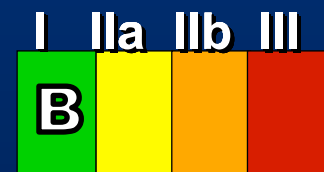
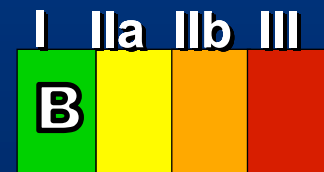
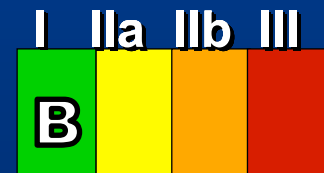
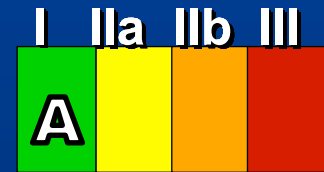
1- Aspirina al Ingreso	En las 24 hs previas
2- Aspirina al egreso	Pre Alta
3- B Bloqueantes al egreso	Pre Alta
4- Estatinas al egreso	Pre Alta
5- Evaluación de la FVI	Durante la Hospitalización o Post Alta
6- IECA o BARA II	Pre Alta con Disfunción VI
7- Cesación Tabaco	Consejos pre Alta
8- Rehabilitación cardiovascular	Derivación a centros especializados
9- Nivel de LDL Colesterol	Al Ingreso o planeado post Alta
10- Tienopiridinas al egreso	Clopidogrel, Prasugrel o Ticagrelor
11- Mortalidad Intrahospitalaria	Evolución desde el ingreso
12- Mortalidad 30 días	Seguimiento
13- Reinternación por SCA	Primeros 60 días



CONSENSO SAC 2013

SCASEST. Recomendaciones Moderado- Alto Riesgo

- ASPIRINA
- PREVIO AL CATETERISMO : CLOPIDOGREL o TICAGRELOR
- POST CTT - PRE ATC : TICAGRELOR o PRASUGREL
- TRATAMIENTO MEDICO : CLOPIDOGREL o TICAGRELOR



CONSENSO SAC 2013 SCASEST

Recomendaciones Moderado- Alto Riesgo

ASPIRINA (IA)

INVASIVA

Tratamiento Anticoagulante	IA
Enoxaparina	IA
HNF	IA
Bivalirudina (Riesgo Hemorrag.)	IB

Antiagregante Precateterismo	IA
Clopidogrel o Ticagrelor	IB
Iib IIIa (A. Refractaria)	IC

Durante Cateterismo
IibIIa carga trombotica

Decisión en Cateterismo

Angioplastia	
Clopidogrel	IB
Ticagrelor	IB
Prasugrel	IB
IibIIIa (selectivo)	IB

CRM

Continuar solo AAS

CONSERVADORA

Tratamiento Anticoagulante	IA
Enoxaparina	IA
HNF	IA
Fondaparinux	IB

Antiagregante	IA
Clopidogrel o Ticagrelor	IB

Tratamiento Medico
Clopidogrel o Ticagrelor

Muchas Gracias

