

# Estudios que cambiaron el manejo de la Angina Inestable y del Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del ST

**El Síndrome Coronario Agudo que se presenta tanto como una Angina Inestable (AI) o como un Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del segmento ST (IAM sin ST) se encuentra entre los cuadros de consulta más frecuentes al que se enfrenta el Médico que asiste pacientes en los Sistemas de Emergencia. En los últimos 3 años la conducta basada en la evidencia en los pacientes cursando un IAM sin ST ha cambiado sustancialmente, con una fuerte inclinación hacia la estrategia invasiva precoz, descartándose la actitud de «ver/esperar», que frecuentemente resulta en una recurrencia de la isquemia, un infarto de miocardio (IAM) y/o la muerte.**



**DR. JORGE MAYOL**  
CARDIÓLOGO  
HEMODINAMISTA DEL CCA

No hay duda que los stents coronarios (y ahora los stents con droga) y las nuevas drogas antitrombóticas han aportado un marco de seguridad importante para los procedimientos de intervención coronaria, permitiendo una evolución extremadamente favorable en los pacientes con anatomía apropiada para Angioplastia Transluminal Coronaria en el IAM sin ST o la AI.

Analizaremos en el presente artículo los cinco estudios recientes que han otorgado el soporte básico para cambiar el paradigma de los años 90, cuando se planteaba en el paciente de riesgo intermedio una actitud expectante, con "estabilización clínica" y eventual utilización de la Coronariografía en caso de no lograr la estabilización o la detección de isquemia en las pruebas funcionales realizadas.

**•PCI-CURE.**

La aspirina, la heparina no fraccionada (HNF) o de bajo peso molecular (HBPM) y en algunas ocasiones (pocas en nuestro país) los inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa (Inh. GP IIb/IIIa) son administrados a los pocos minutos de la presentación clínica en los pacientes con IAM sin ST o la AI de alto riesgo.<sup>1</sup>

El estudio PCI-CURE evaluó el beneficio del uso agregado del Clopidogrel en 2.658 pacientes con IAM sin ST o AI tratados mediante una ATC.<sup>1</sup>

Hubo una ocurrencia de muerte, IAM o necesidad de revascularización urgente en el 4,5% de los pacientes pre-tratados con Clopidogrel comparado con el 6,4% de los pacientes en quienes se comenzó el Clopidogrel luego de la colocación del stent (RR 0.70;p=0.03), a pesar que la ATC se postergó un promedio de 6 días en este estudio.<sup>2</sup>

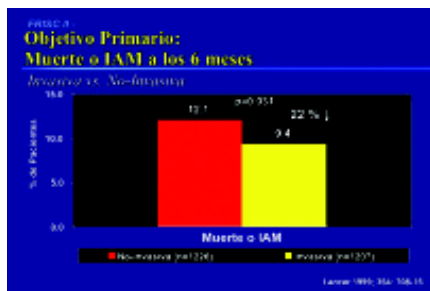
El otro hallazgo importante de PCI-CURE fue que el uso prolongado del Clopidogrel (9-12 meses) se asoció a una re-

ducción del 31% de la muerte cardiovascular o el IAM (p=0.002) en este período, probablemente debido a una menor incidencia de infartos nuevos, resultado de ruptura de placas ubicadas distantes de la zona angioplastiada.<sup>2</sup>

Nuevos estudios en curso están evaluando si la dosis carga ideal de Clopidogrel es de 300 o 600 mg y que importancia tiene el pretratamiento en caso de realizar la CACG inmediato al comienzo de los síntomas.

**•FRISC-II**

El estudio *Fragmin and fast Revascularization during Instability in Coronary artery disease II*, comparó una estrategia invasiva precoz con una estrategia no invasiva precoz en 2.457 pacientes con IAM sin ST o AI.<sup>3,4</sup> Durante el primer año, los pacientes asignados al grupo invasivo precoz tuvieron menos muertes (2.2% vs 3.9%, RR 0.57, p=0.016) y menos IAM (1.6% vs 8.6% respectivamente; RR 0.74, p=0.015) que los asignados al no invasivo precoz. El evento combinado Muerte-IAM también fue menos frecuente en el grupo invasivo (4.1 vs 10.4%; RR 0.74, p=0.005)<sup>3,4</sup>



Se estableció así, que luego de un año, la estrategia invasiva precoz salva 1.7 vidas y previene 2 IAM no fatales y 20 readmisiones cada 100 pacientes tratados, con un mejor y más precoz alivio de los síntomas, al costo de realizar 15 cirugías de by pass y 21 ATC mas.<sup>3,4</sup>

**•TACTICS TIMI 18**

Se trataron 2.200 pacientes con IAM sin ST o AI con aspirina, heparina no fraccionada y tirofiban intravenoso y luego se randomizaron a una estrategia invasiva precoz de CACG de rutina entre las 4 a 48 horas post-presentación (23 horas de promedio) o a una conservadora precoz con CACG en caso de isquemia recurrente.<sup>5</sup>

El rango de reducción del objetivo final combinado a los 6 meses, muerte, IAM recurrente o revascularización de urgencia se redujo en un 22% en los pacientes asignados a la estrategia invasiva precoz (9.4 vs 15.9%, p=0.025). El rango de muerte o IAM a los 6 meses también se redujo un 26% en el grupo de CACG precoz de rutina (7.3 vs 9.5% en el grupo inicialmente conservador; p<0.05).<sup>5</sup>

**Uno de los resultados claves del TACTICS TIMI 18, fue el hallazgo que tanto los pacientes de riesgo alto como los de riesgo intermedio se beneficiaban de la estrategia**

**invasiva.**

Utilizando el "TIMI risk score", los pacientes en riesgo intermedio, (puntaje de 3 a 4), o en riesgo alto (puntaje 5 a 7) fueron los que recibieron el mayor beneficio de continuar una estrategia invasiva precoz (reducción del 25% y 45% respectivamente), mientras que los pacientes de bajo riesgo (puntaje 0 a 2) no tuvieron un beneficio aparente.

Un análisis económico realizado en el estudio reveló que el beneficio logrado con la intervención precoz no implicaba incremento en los costos analizado a los 6 meses de evolución.

Evento	Conservador (n=1100)	Invasivo (n=1100)	RR	p
Muerte	15.9	9.4	0.60	0.025
Muerte-IAM	15.5	7.3	0.74	<0.05
Muerte	3.9	2.2	0.57	0.016
IAM	8.6	1.6	0.19	0.002
Revascularización	13.7	11.0	0.79	0.164

**•RITA-3**

Este estudio del British Heart Foundation, asignó 1.810 pacientes con IAM sin ST-AI a una intervención precoz o a una estrategia de revascularización conservadora.<sup>6</sup> En ambos grupos de pacientes se recurrió a un tratamiento médico óptimo, (a elección del médico tratante) siendo la enoxaparina la heparina de bajo peso molecular utilizada en el 84% de los pacientes. El objetivo final combinado de muerte, IAM o de angina refractaria a los 4 meses, ocurrió en un 9.6% de los asignados a la estrategia invasiva contra un 14.5% de los asignados al grupo conservador (RR 0.66; p=0.001).<sup>6</sup> Concluyen los autores que la estrategia invasiva temprana es preferible, dado que reduce a la mitad la presencia de angina refractaria o severa sin incrementar el riesgo de infarto o muerte.

**•ISAR-COOL**

Durante mucho tiempo ha existido la controversia de doper o no de un período de "enfriamiento" ("cooling"), previo a la Angioplastia Coronaria en los SCA sin ST o la AI. Luego de un pre-tratamiento breve, menor a 6 horas, 2 Centros terciarios de Alemania randomizaron 410 pacientes con SCA sin ST o AI a una intervención precoz o a un pretratamiento anti-trombótico prolongado de 3 a 5 días.<sup>7</sup> En ambos grupos, el tratamiento anti-trombótico previo consistió en heparina intravenosa no fraccionada, aspirina, clopidogrel (600mg de dosis carga y luego 75 mg dos veces al día) y tirofiban intravenoso.<sup>7</sup>

El objetivo final primario a los 30 días, (muerte o IAM) ocu-

*sigue en pág. 10*

**DOS MODOS DE ACCIÓN - DOBLE EFICACIA**





**SYMBICORT®**  
budesonida/formoterol

**TURBUHALER®**

- Symbicort Turbuhaler** controla rápida y sostenidamente los síntomas del asma.
- Symbicort Turbuhaler** permite obtener más días libres de síntomas.
- Symbicort Turbuhaler** brinda más días sin medicación de rescate.
- VERSATILIDAD DE DOSIS.** **Symbicort** permite ajustar la dosis a la medida de cada paciente, de acuerdo a la severidad de su enfermedad, utilizando el mismo inhalador.
- Symbicort Turbuhaler** es cómodo para todo tipo de pacientes, fácil de usar, fácil de enseñar, fácil de aprender



Ideas que inspiran vida  
Industria Sueca

Distribuidor Exclusivo para Uruguay  
**LABORATORIOS HAYMANN S.A.**  
www.haymann.com.uy