



**ESC Congress**  
**The Digital Experience**  
**#ESCCongress**



## Congreso Europeo de Cardiología

### **Guía ESC 2020 para el manejo de los pacientes con Síndromes Coronarios Agudos sin elevación del segmento ST**

La nueva guía 2020 para el manejo de los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST, fue presentada el día 30 de agosto en el marco del congreso europeo de cardiología, y nos trae muchos puntos relevantes y novedosos que seguramente nos cambiarán la forma de tratar a nuestros pacientes.

Podemos dividirlos en varios tópicos: diagnóstico, estratificación de riesgo, tratamiento antitrombótico, tratamiento invasivo, y nuevas secciones.

#### **Diagnóstico:**

Se recomienda algoritmo ESC 0h/2h con Troponina Ultrasensible (TUS) cuando pueda ser validado como alternativa al algoritmo ESC 0h/1h. (Clase I).

Para el diagnóstico, cuando se dispone de TUS, no se recomienda solicitar en forma rutinaria otros marcadores como CPK o CK-MB. (Clase III).

Se recomienda angiotomografía coronaria como alternativa a la angiografía invasiva para excluir síndrome coronario agudo cuando existe una probabilidad leve a intermedia de enfermedad coronaria y cuando los valores de troponina o el electrocardiograma son normales o inconcluyentes (Clase I).

Se recomienda el monitoreo cardíaco hasta por 24 horas o angioplastia (lo que ocurra primero) en infarto de miocardio sin elevación del segmento ST en pacientes con bajo riesgo de arritmias cardíacas (Clase I).

Se recomienda monitoreo cardiaco de más de 24 horas en pacientes con infarto de miocardio sin elevación del segmento ST con riesgo aumentado de arritmias cardiacas (Clase I).

### **Estratificación de riesgo:**

Considerar la medición de BNP o Pro-BNP como marcador pronóstico. (Clase IIa).

El score de riesgo de GRACE debe ser considerado para estimar pronóstico (Clase IIa).

### **Tratamiento antitrombotico:**

El Prasugrel debería ser considerado en preferencia a Ticagrelor en los pacientes con SCA sin ST posterior a la realización de una angioplastia. (Clase IIa).

No está recomendado el pre-tratamiento de rutina con inhibidores del receptor P2Y12 a los pacientes que no se conoce la anatomía coronaria y se planea una estrategia invasiva precoz. (Clase III).

Puede ser considerado el pre-tratamiento con P2Y12 a los pacientes que no se planea una estrategia invasiva precoz y dependiendo del riesgo de sangrado. (Clase IIb).

Puede ser considerado des escalar el tratamiento con inhibidores del receptor P2Y12 como Ticagrelor o Prasugrel a Clopidogrel cuando se considere adecuado, dependiendo del juicio clínico o determinaciones de función plaquetaria. (Clase IIb).

Debería considerarse agregar un segundo agente antitrombótico a la aspirina durante período prolongado, para prevención secundaria en pacientes con alto riesgo de eventos isquémicos, sin incremento de riesgo de sangrado mayor o que compromete la vida (Clase IIa).

En pacientes con fibrilación auricular que requieran anticoagulación es recomendable un periodo corto de triple esquema (1 semana) y posteriormente continuar con doble esquema, preferiblemente un no anti vitamina K (NOAC) y clopidogrel. (Clase I).

Se recomienda discontinuar el tratamiento antiplaquetario a los 12 meses en pacientes tratados con anticoagulantes orales (ACO). (Clase I).

Puede ser considerado doble tratamiento antitrombótico (DAP) con anticoagulante oral y Ticagrelor o Prasugrel como alternativa al triple esquema con ACO, aspirina y clopidogrel en pacientes con moderado o alto riesgo de stent trombosis, independiente del tipo stent usado. (Clase IIb).

### **Tratamiento invasivo:**

Es recomendada una estrategia invasiva temprana dentro de las 24 hs en los pacientes que presente uno de los siguientes criterios de alto riesgo:

- Diagnóstico de IAM sin elevación del segmento ST.
- Cambios dinámicos o supuestamente nuevos en el segmento ST o la onda T en derivaciones contiguas sugestivas de isquemia en curso.
- Elevación transitoria del segmento ST.
- Score de riesgo GRACE >140.

(Clase I).

Se recomienda una estrategia invasiva selectiva en pacientes de bajo riesgo posterior a un test de isquemia o la realización de una angiotomografía coronaria. (Clase I).

Debe considerarse demorar la cinecoronariografía coronaria en lugar de realizarla inmediatamente en paciente post reanimación de paro cardiaco extrahospitalario cuando se encuentra hemodinámicamente estable y sin elevación del segmento ST. (Clase IIa).

También debe ser considerada la revascularización completa en pacientes sin shock Cardiogénico y enfermedad de múltiples vasos. (Clase IIa).

La revascularización completa en el mismo momento de la angioplastia del vaso culpable en enfermedad de múltiples vasos puede ser considerada. (Clase IIb).

Puede utilizarse reserva de flujo fraccional (FFR) en el vaso no culpable para guiar la revascularización completa, en el mismo momento de la angioplastia del vaso culpable en enfermedad de múltiples vasos. (Clase IIb).

### **Nuevas secciones:**

#### **Diseción coronaria espontánea (SCAD)**

Se define como la separación de las tunicas de arteria coronaria no aterosclerótica, no traumática o iatrogénica secundaria a hemorragia de vasa vasorum o fisura de la íntima, que crea un falso lumen, compresión coronaria e isquemia distal.

El tratamiento óptimo es aún poco claro, debido a que no existen estudios clínicos aleatorizados que comparen tratamiento médico con estrategias de revascularización. De acuerdo a los datos disponibles, con excepción de pacientes de alto riesgo, una estrategia conservadora debe ser la estrategia preferida, debe individualizarse en función de factores clínicos y angiográficos.

#### **Infarto agudo de miocardio sin obstrucción coronaria (MINOCA)**

El diagnóstico de MINOCA se realiza en pacientes con infarto agudo de miocardio que cumplen los siguientes criterios:

- Criterio de infarto agudo de miocardio (IAM) según la nueva definición universal.
- Arterias coronarias no obstruidas en la coronariografía.

- Ausencia de diagnóstico diferencial para la presentación clínica.

En todos los pacientes con diagnóstico inicial de MINOCA, se recomienda seguir el algoritmo diagnóstico para diferenciar MINOCA verdadero de diagnósticos alternativos. (Clase I)

Es recomendado realizar resonancia magnética cardiaca en todos los pacientes con MINOCA sin causa subyacente obvia. (Clase I).

Se recomienda manejar a los pacientes con diagnóstico inicial de MINOCA y establecer la causa subyacente según las guías específicas de enfermedad. (Clase I).

Los pacientes con diagnóstico final de MINOCA, sin una causa conocida pueden ser tratados de acuerdo a las guías de prevención secundaria de enfermedad aterosclerótica. (Clase IIb).

### **Comentario y reflexión final:**

Con respecto al diagnóstico, refuerza el concepto de la importancia de contar con Troponina ultrasensible y aplicar un algoritmo con una segunda determinación de TSH en 2 horas para una rápida toma de decisión. Asimismo, desaconseja otras determinaciones como CPK o CK-MB para el diagnóstico inicial.

Con respecto a la estratificación de riesgo, se sugiere la utilización del score de riesgo GRACE y la determinación de BNP o Pro-BNP para estimar el pronóstico.

En el tratamiento antitrombótico, se resalta la importancia de la estrategia invasiva aplicada a cada paciente, dado que, si es invasiva precoz, recomiendan no pre-tratar con inhibidores P2Y12, y le da preferencia al Prasugrel por sobre el Ticagrelor post angioplastia. El pre-tratamiento queda para el resto de los pacientes como clase IIb.

También incorpora la posibilidad de des escalar el tratamiento antiplaquetario basados en el juicio clínico, así como la de prolongar el DAP ante un alto riesgo isquémico y bajo riesgo de sangrado. Para el grupo de pacientes que requieren anticoagulación oral, la presente guía recomienda un período corto de triple esquema de 1 semana y continuar con clopidogrel y preferiblemente un NOAC durante 12 meses, posteriormente solo ACO.

Con respecto a la estrategia invasiva resalta la importancia de la presentación clínica y del ECG como pilares en la toma de decisión. Ante la presencia de enfermedad de múltiples vasos considerar a la revascularización completa.

Personalmente creo que la mayoría de las nuevas recomendaciones son acordes al manejo actual de los síndromes coronarios agudos sin elevación persistente del ST, excepto el pre-tratamiento con inhibidores P2Y12, la cual está muy establecida en la práctica habitual, especialmente con clopidogrel.

Finalmente, entre las nuevas secciones destaco la correspondiente a MINOCA que permite mejorar el diagnóstico y el manejo terapéutico.

Link: <https://academic.oup.com/eurheartj/advancearticle/doi/10.1093/eurheartj/ehaa575/5898842>



**Dr. Ricardo Villarreal, MD MTSAC**  
Cardiólogo universitario  
Director Consejo de Emergencias SIAC

-Referencias: Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, y cols. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 29 Ago 2020. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575.