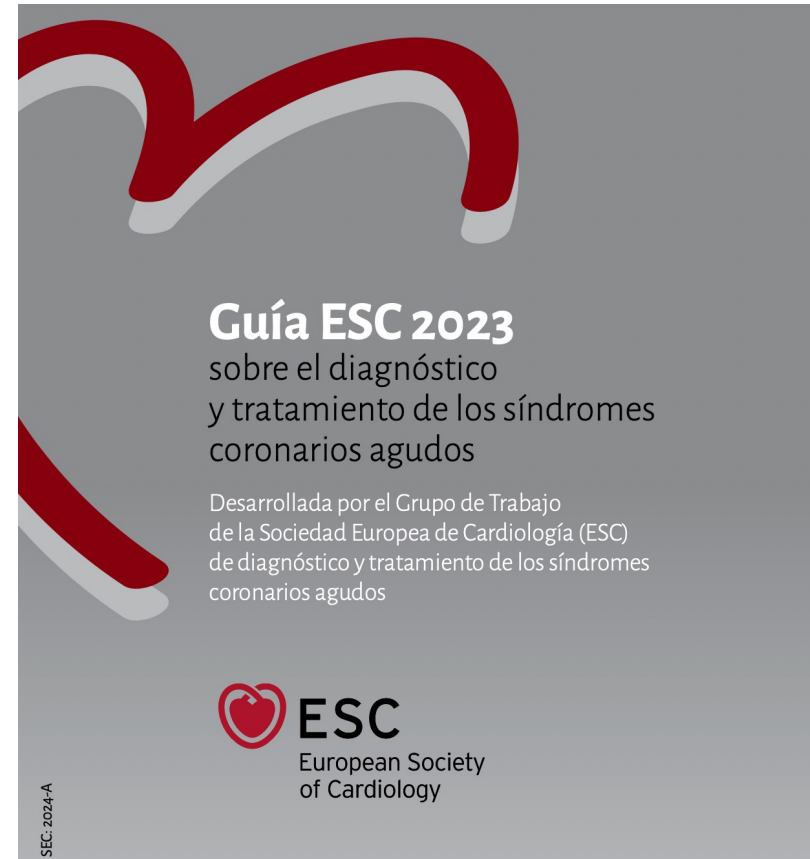


# **TENDENCIAS EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: GUÍAS ESC 2023 Y AHA 2025**

ADRIANA FUENTES GONZÁLEZ

RESIDENTE DE CARDIOLOGÍA EN EL COMPLEJO  
ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN



## **CLINICAL PRACTICE GUIDELINES**

2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI  
Guideline for the Management of Patients  
With Acute Coronary Syndromes: A Report of  
the American College of Cardiology/American  
Heart Association Joint Committee on Clinical  
Practice Guidelines

# ÍNDICE

1. Novedades guías ESC 2023
2. Introducción
3. Triage y diagnóstico
4. Tratamiento
5. Situaciones especiales y perspectiva de los pacientes
6. Lagunas en la evidencia
7. Conclusiones de la guía ESC 2023 vs AHA 2025

# 1. NOVEDADES EN LAS GUÍAS ESC 2023

- ❖ SCA como espectro de entidades , unifica en una guía todos los tipos.
- ❖ Perspectiva de los pacientes: toma de decisiones, “teach back”, abordaje integral
- ❖ Estrategias antitrombóticas óptimas, estrategias invasivas actualizadas.
- ❖ Sección para pacientes con SCA + cáncer

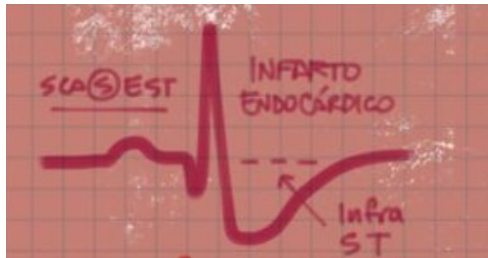
La **enfermedad cardiovascular** es la causa más común de mortalidad y morbilidad en el mundo

La **cardiopatía isquémica** es la causa más común de muerte



# 2. INTRODUCCIÓN

SCASEST



SCACEST

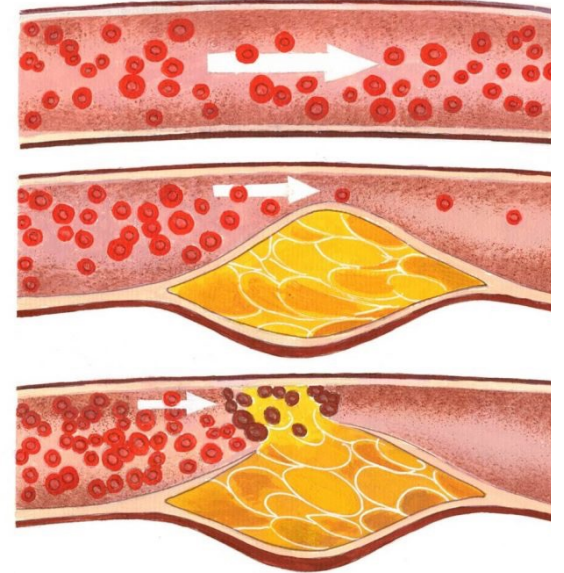


Angina inestable

IAMSEST

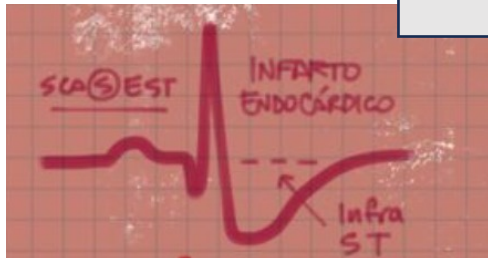
- ❖ Reposo
- ❖ Reciente comienzo: <2m
- ❖ Acelerada: incremento del número, intensidad, duración o disminución del umbral.
- ❖ Postinfarto: <1 mes

>20 min



## 2. INTRODUCCIÓN

SCASEST



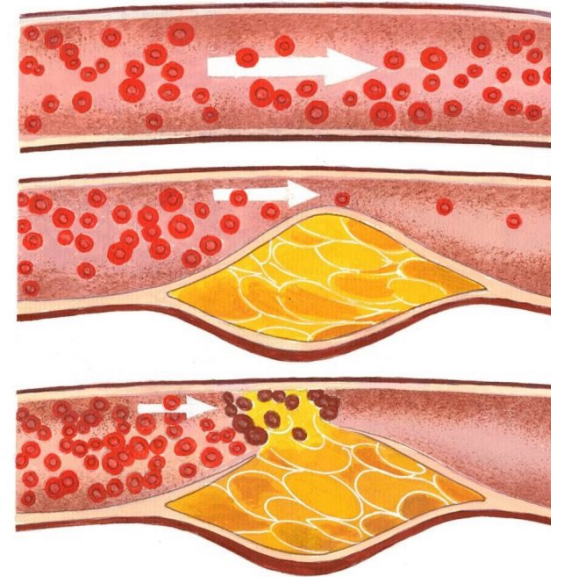
NSTEMI  
OIA (occlusion injury  
angina)  
AMIS  
NAMIS  
IAMSEST

- ❖ Reposo
- ❖ Reciente comienzo: <2m
- ❖ Acelerada: incremento del número, intensidad, duración o disminución del umbral.
- ❖ Postinfarto: <1 mes

SCACEST

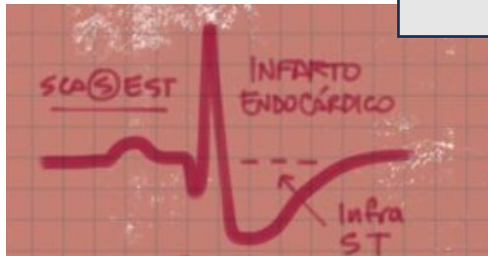


STEMI  
OMI (occlusion  
myocardial infarction)



## 2. INTRODUCCIÓN

SCASEST



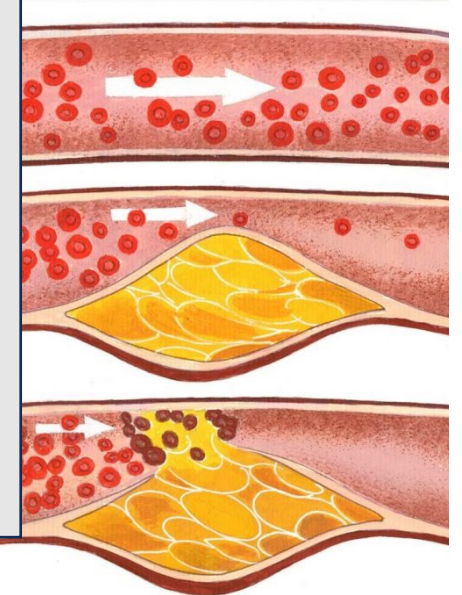
SCACEST



NSTEMI  
OIA (occlusion injury  
angina)  
AMIS  
NAMIS  
IAMSEST

STEMI  
OMI (occlusion  
myocardial infarction)

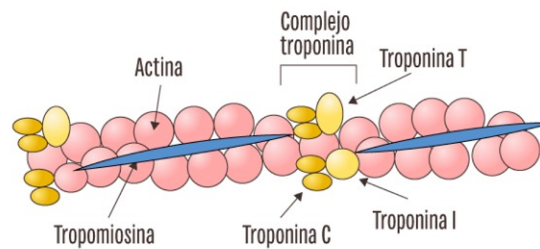
ANOCA (angina with non-obstructive  
coronary arteries)  
INOCA (ischemia with non-obstructive  
coronary arteries)  
MINOCA (myocardial infarction with non-  
obstructive coronary arteries)



, duración o

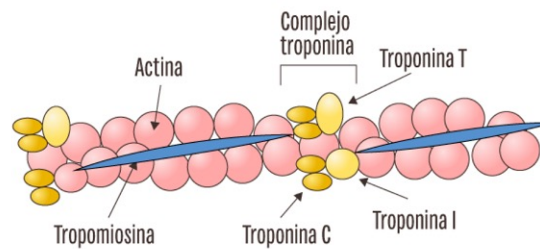
### 3. TRIAJE Y DIAGNÓSTICO

- ❖ PERFIL: Varón, edad avanzada, antecedentes familiares, FRCV (colesterol, tabaco, HTA, DM), sedentarismo.
- ❖ PRESENTACIÓN: dolor torácico vs equivalente al dolor torácico
- ❖ EVALUACIÓN INICIAL:
  - ❖ ECG + signos vitales
  - ❖ Exploración + historia
  - ❖ TUS ¿algoritmo de 0/1H o 0/2H?



### 3. TRIAJE Y DIAGNÓSTICO

- ❖ PERFIL: Varón, edad avanzada, antecedentes familiares, FRCV (colesterol, tabaco, HTA, DM), sedentarismo.
- ❖ PRESENTACIÓN: dolor torácico vs equivalente al dolor torácico
- ❖ EVALUACIÓN INICIAL:
  - ❖ ECG + signos vitales
  - ❖ Exploración + historia
  - ❖ TUS ¿algoritmo de 0/1H o 0/2H?

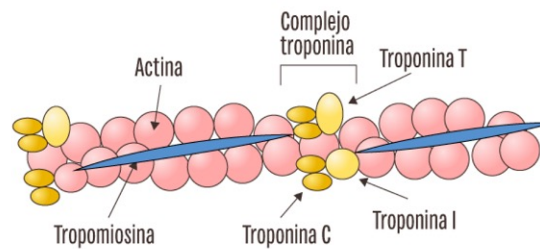


#### TUS

- **Inicial ↓ y sin cambios:**  
descarte
- **Inicial ↑ o con cambios:**  
confirmación
- **Ninguno de los anteriores:**  
determinar 3H +/- ETT

### 3. TRIAJE Y DIAGNÓSTICO

- ❖ PERFIL: Varón, edad avanzada, antecedentes familiares, FRCV (colesterol, tabaco, HTA, DM), sedentarismo.
- ❖ PRESENTACIÓN: dolor torácico vs equivalente al dolor torácico
- ❖ EVALUACIÓN INICIAL:
  - ❖ ECG + signos vitales
  - ❖ Exploración + historia
  - ❖ TUS ¿algoritmo de 0/1H o 0/2H?

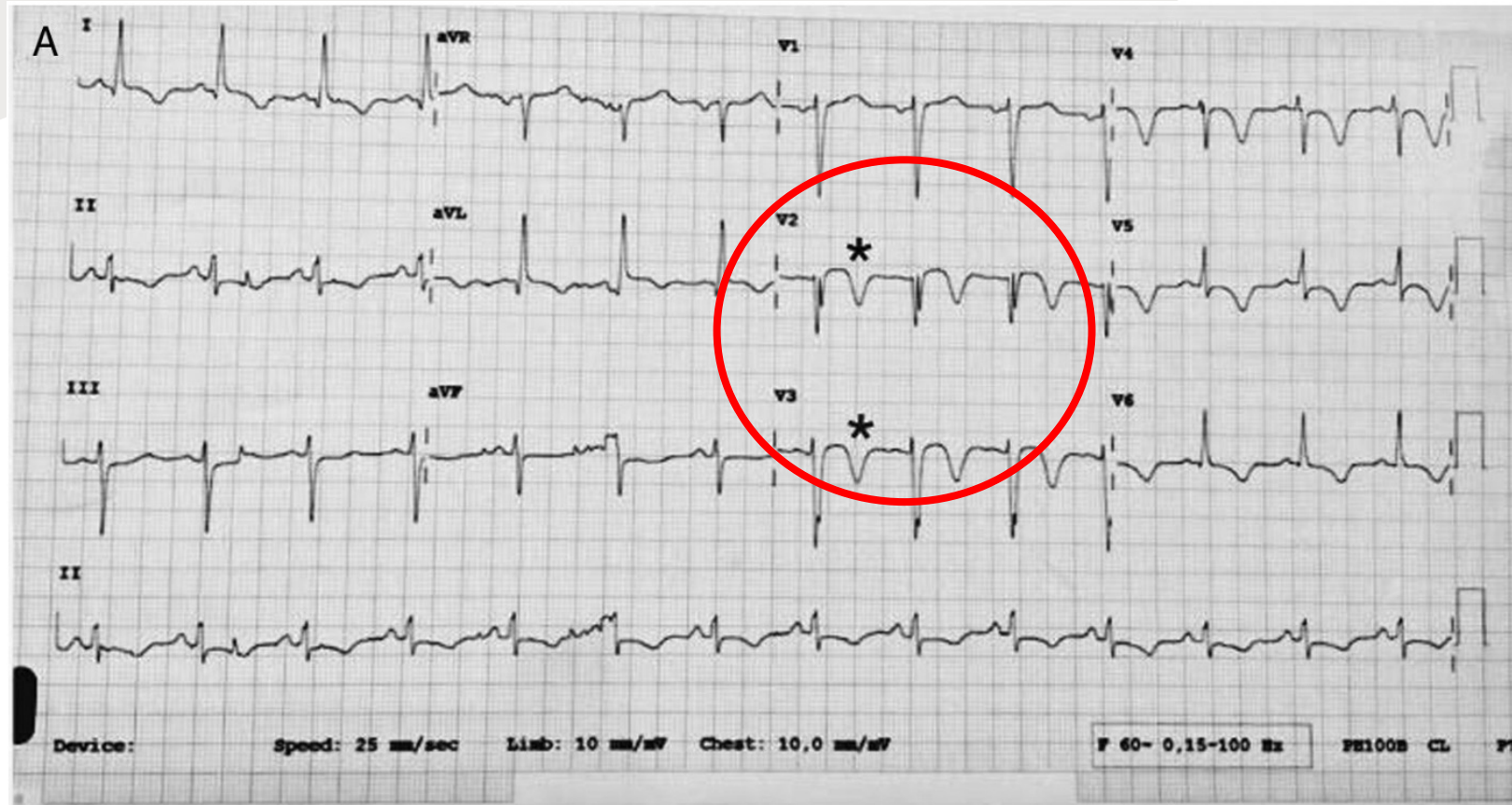


#### TUS

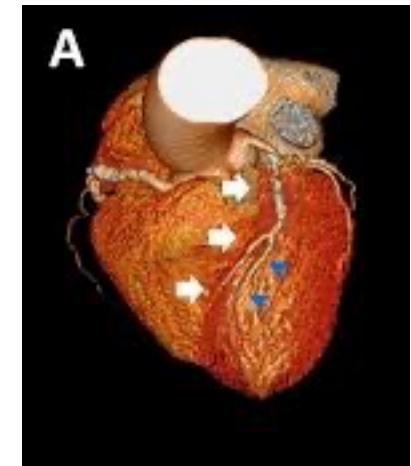
- **Inicial ↓ y sin cambios:**  
descarte
- **Inicial ↑ o con cambios:**  
confirmación
- **Ninguno de los anteriores:**  
determinar 3H +/- ETT

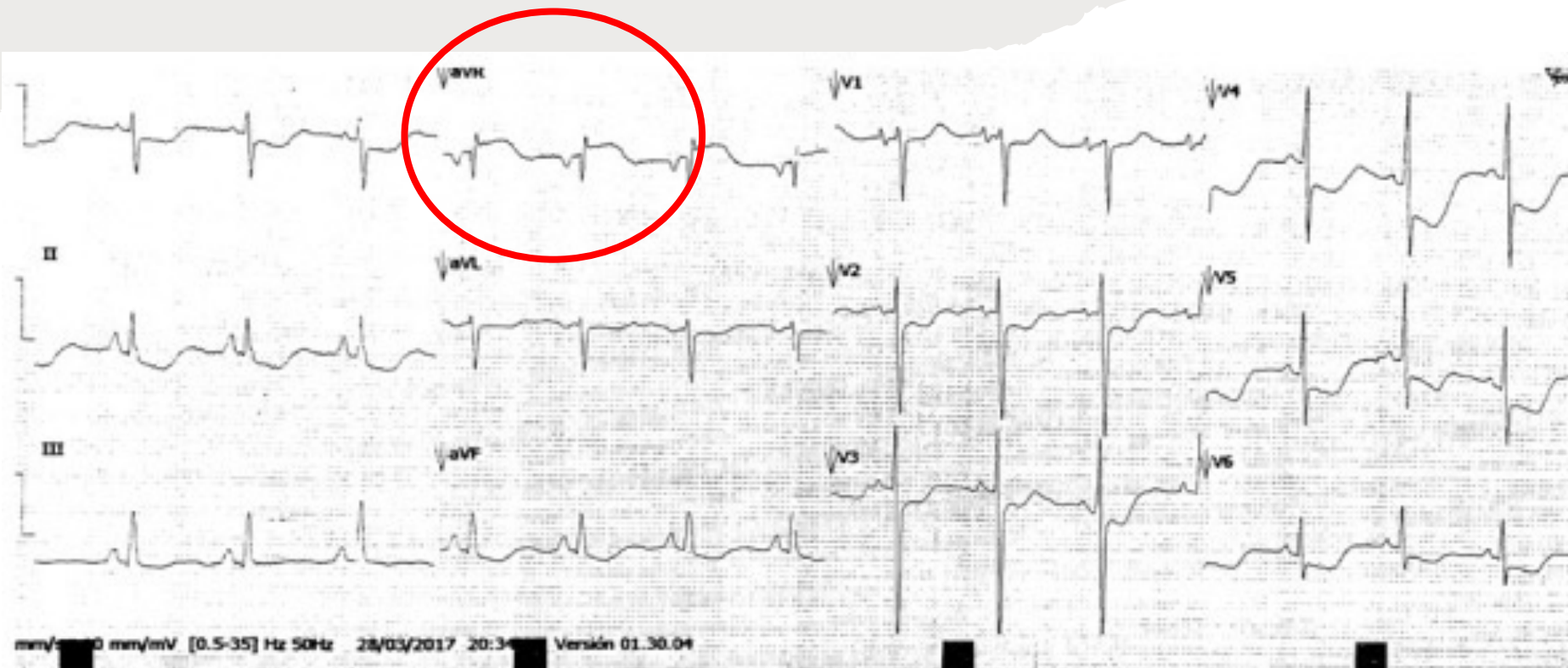
¿Cuándo se usan pruebas diagnósticas no invasivas como ETT o angio-TAC?





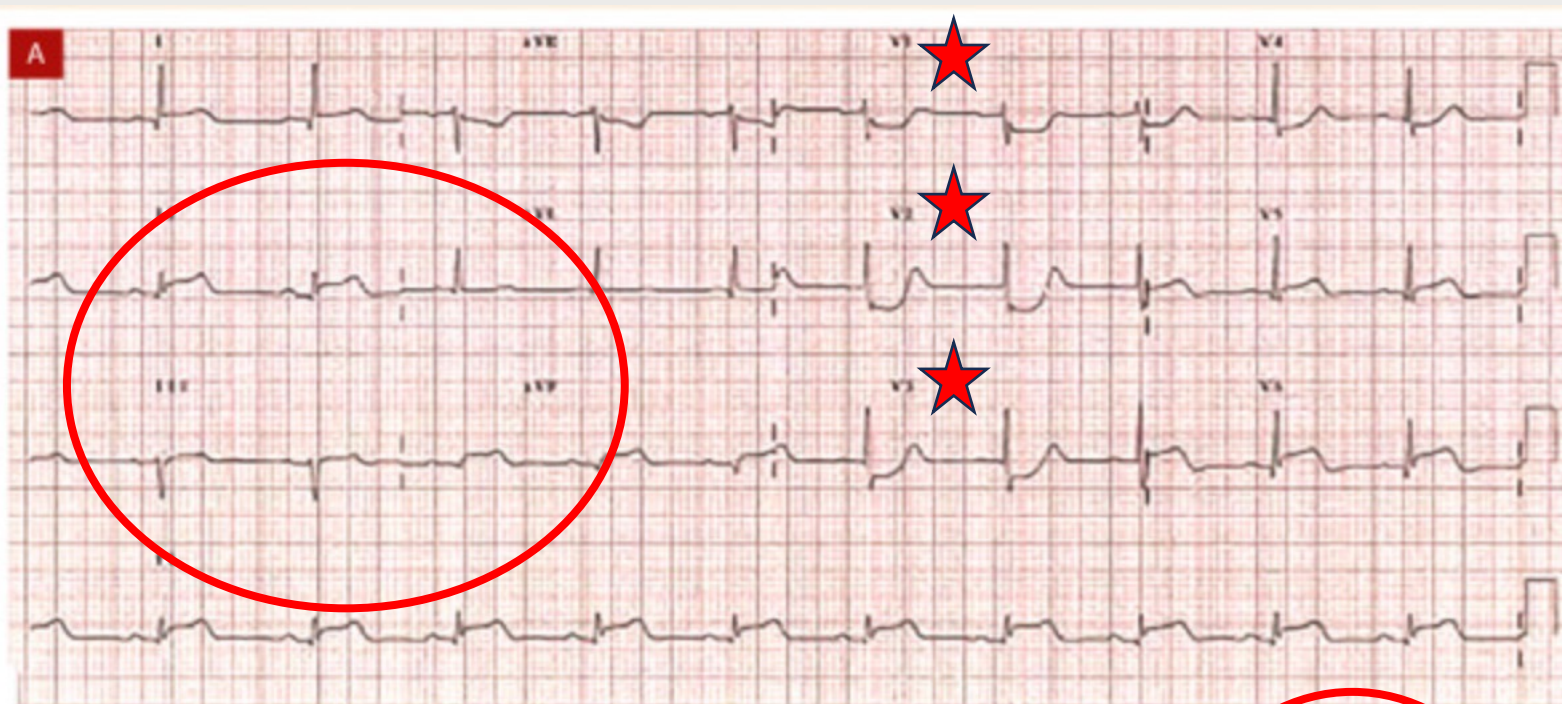
**Patrón Wellens**





**Infradesnivel del  
ST difuso > 1 mm  
y supradesnivel del  
ST en aVR > 1 mm**

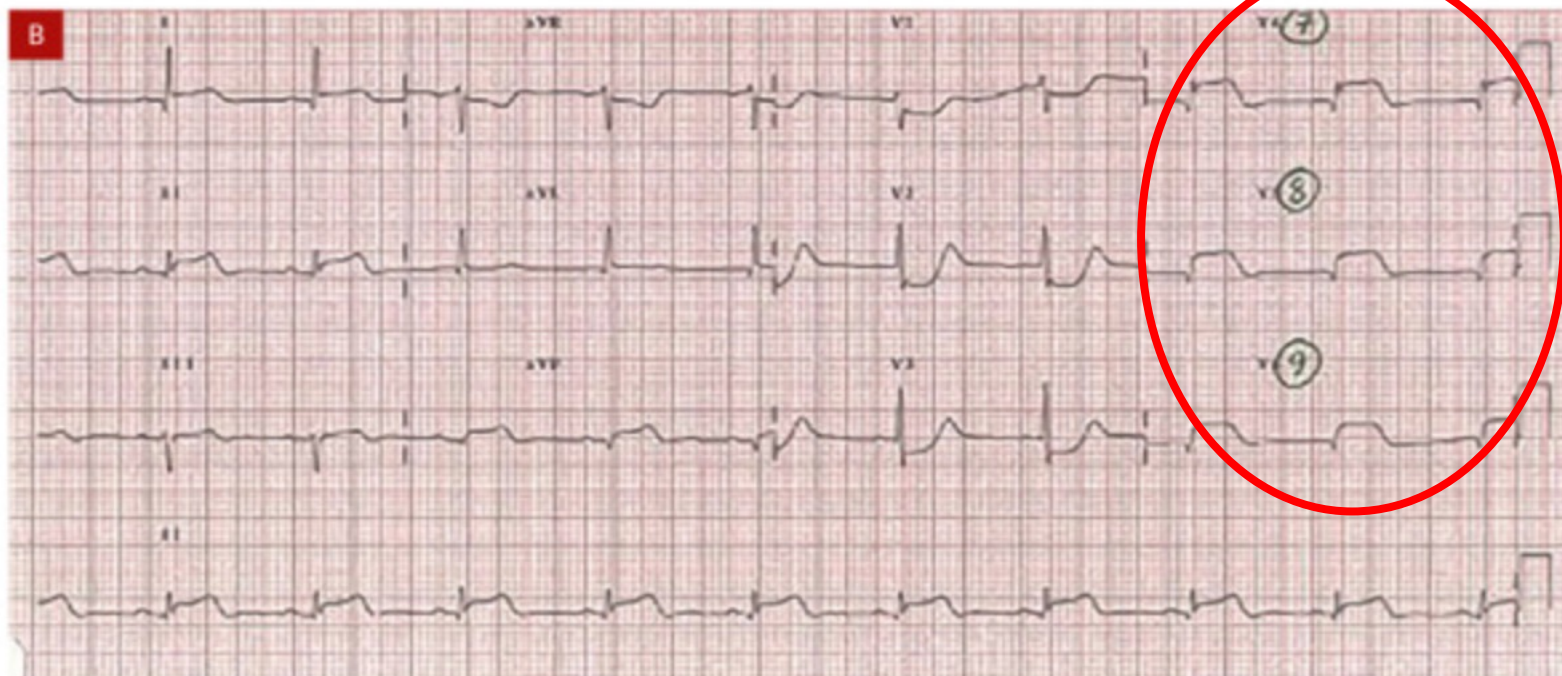




Elevación del ST en **cara**

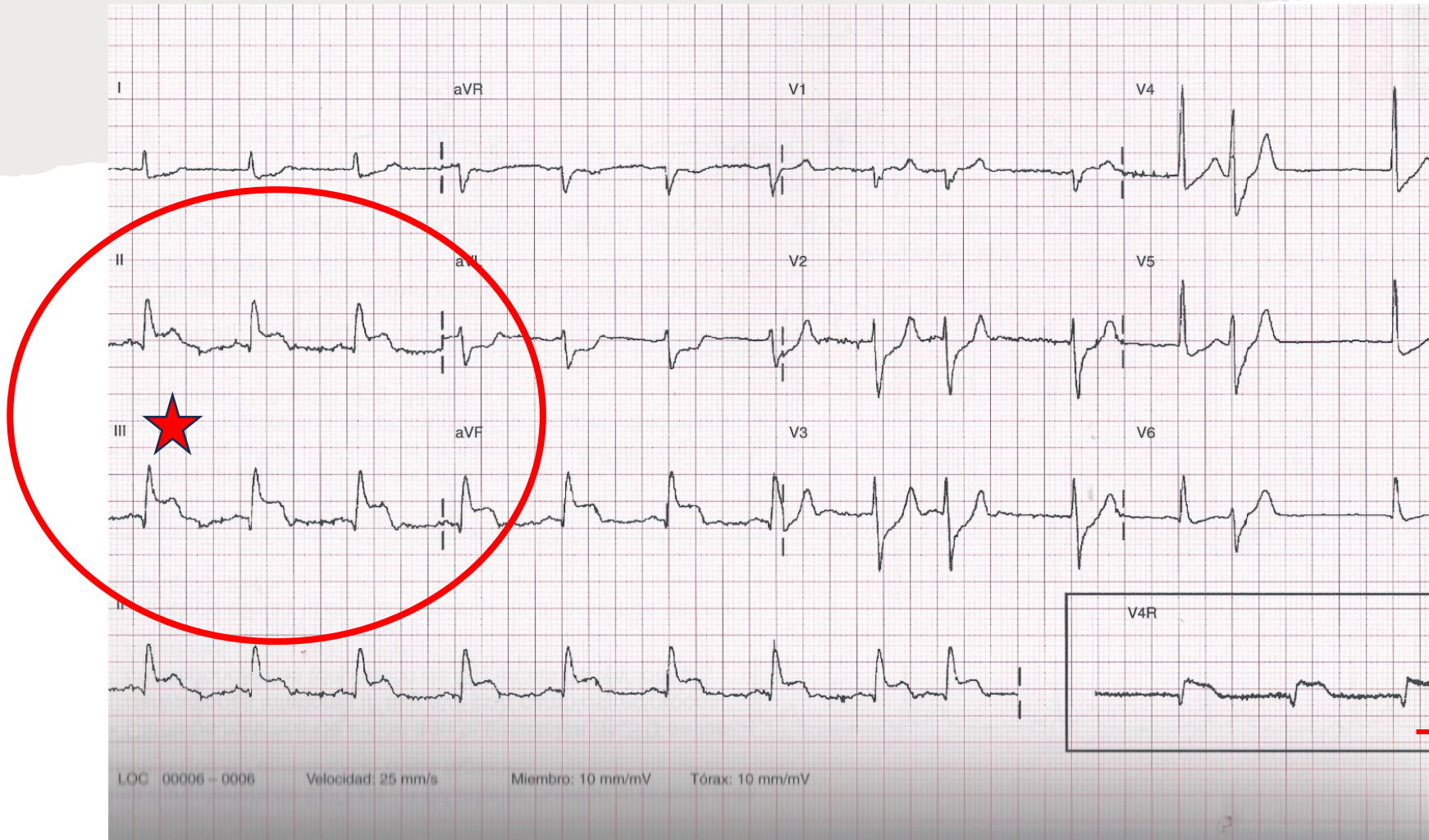
**inferior** + infradesnivel del ST  
en V1-V3

¡Pedir derivaciones posteriores!



Supradesnivel del ST en **cara**  
**posterior** V7-V9

CX



- ❖ Elevación del ST en **cara inferior** ( $>DIII$ )
- ❖ Hipo TA, ingurgitación yugular, auscultación pulmonar normal

¡Pedir derivaciones derechas!

Elevación del ST en **VD**

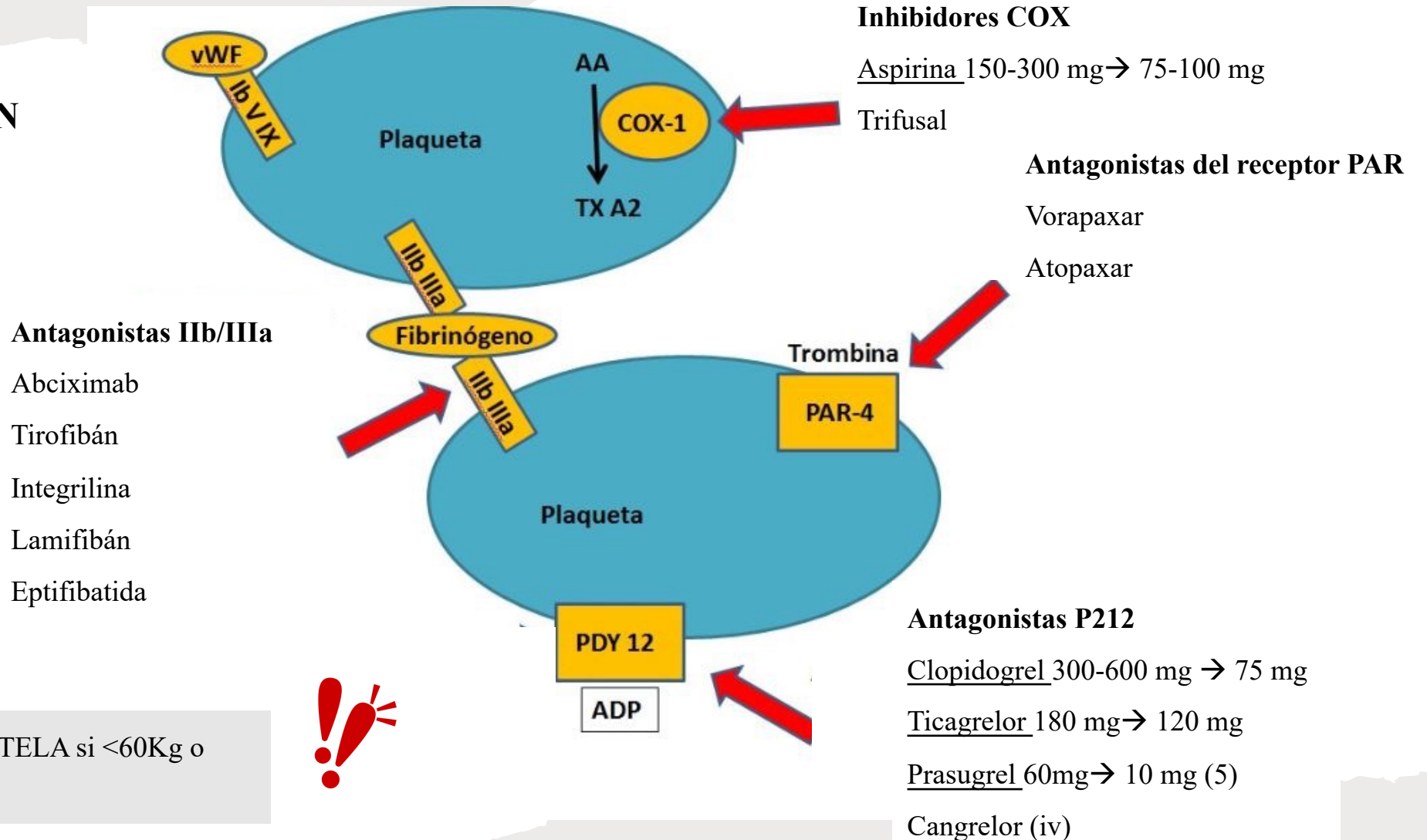
# 4. TRATAMIENTO

## MEDIDAS INICIALES

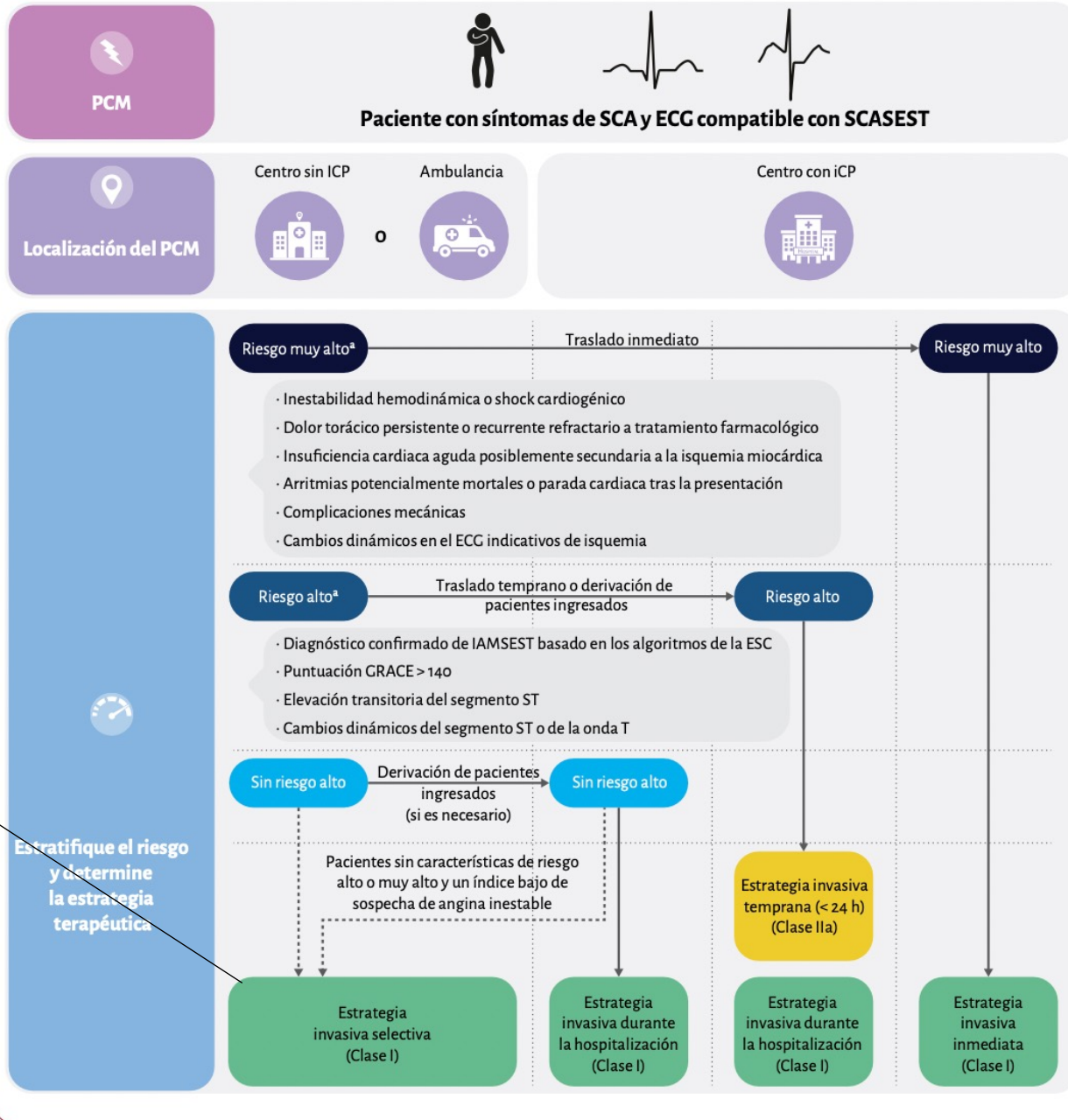
- ❖ **Oxígeno:** si  $SaO_2 < 90\%$
- ❖ **Nitratos sublinguales:** NO como maniobra diagnóstica.
  - ❖ Contraindicados en **hipoTA, bradicardia/taquicardia marcadas, infarto de VD, Eao grave o tratados en las últimas horas con IPD5.**
- ❖ **Morfina 5-10 mg iv**

# 4. TRATAMIENTO

## ANTIAGREGACIÓN



# SCASEST



## PREMEDICACIÓN

**AAS 150-300 mg (o 75-250 mg iv)**

Se puede fondaparinaux durante la espera

**NO se recomienda premedicación con un inhibidor de P2Y12**

## TRAS ICP...

**Doble AG: AAS 75-100 mg/día +**

**Ticagrelor 120 mg /Prasugel 10mg**

Clopidogrel si mayor pluripatológico, anticoagulantes, sangrado intracraneal

↓ R y ↓ Probabilidad de angina inestable: pruebas de detección de isquemia (angio-TAC)

Si diferido tratar como SCC:  
bypass si 3V o TI, DM  
multivazo, disfunción V, EAo

# SCACEST

Dolor torácico + elevación persistente del ST >20 min  
min  $\geq$  2 derivaciones continuas + 100% elevación troponinas

Medidas iniciales

¿Angioplastia posible en <120min?

## PREMEDICACIÓN

**Doble AG: AAS + Ticagrelor 180mg /Prasugel 60mg**  
(AAS + clopidogrel si fibrinólisis)

HNF

ACTP primaria

Fibrinólisis

HNF + tenecteplasa

ACTP RESCATE

ACTP 2-24H

↓ ST 50% (60-90 min)

RIVA

Desaparición de dolor

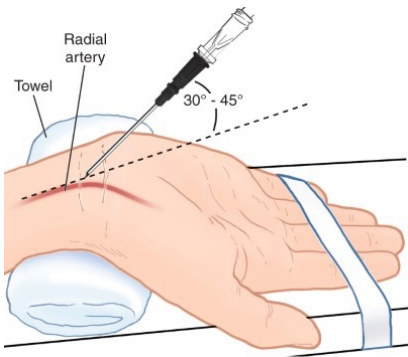
NO:

- ❖ Hemorragia activa
- ❖ Sangrado/ictus isquémico <6m
- ❖ Traumatismo/cx mayor <3sem
- ❖ Hemorragia digestiva <1m
- ❖ Disección aórtica
- ❖ Alt hemorrágica

TRAS ICP...

**Doble AG: AAS + Prasugrel/Ticagrelor**

Clopidogrel si alto riesgo de sangrado



# TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO

## OBJETIVOS

PA < 130/80 mmHg

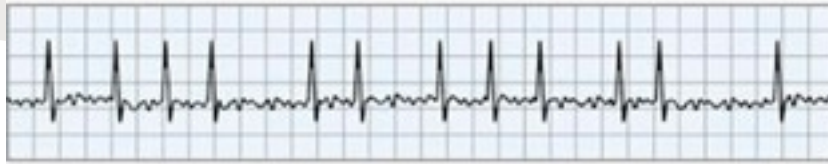
LDL <55 mg/dl, < 40mg/dL

HbA1c <7%

- ❖ **ESTILO DE VIDA SALUDABLE:** abandono del tabaquismo, dieta saludable, ejercicio regular, peso saludable, apoyo psicosocial, rehabilitación cardíaca.
- ❖ **FARMACOLÓGICO:**
  - **Antitrombótico:** doble antiagregación 12 meses → AAS de por vida.
  - **Hipolipemiente:** estatinas de alta potencia → + ezetimiba → iPCSK9. Si TAG elevados persistentes valorar Icosapento de etilo.
  - **Betabloqueantes:** **ESTUDIO REBOOT (AGOSTO 2025)**
  - **IECA/ARAII:** FEVI deprimida (I) y conservada (IIa).
  - **Antagonistas de aldosterona:** beneficio si FEVI deprimida o DM
  - **Inmunización anual gripe**



# ANTICOAGULACIÓN



TRIPLE TERAPIA (AAS + clopidogrel + NACO)

**1 semana/mes**

DOBLE TERAPIA (Clopidogrel + NACO)

**Hasta 12 meses**

NACO

**De por vida**



# 5. SITUACIONES ESPECIALES Y PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

## Trastornos hematológicos

**Anemia:** estrategia de transfusión ¿hb <10 o hb<8?

**Trombocitopenia:** ↑ R sangrado y trombosis

Edad avanzada, embarazo

## Enfermedad renal crónica

Peor pronóstico

Revascularización temprana

Hidratación iv

## Diabetes mellitus

Peor pronóstico

**iSGLT2 y GLP-1**

reducen eventos cv

independientemente de HbA1c.

## Cáncer

Estrategia invasiva

esperanza vida

vida ≥ 6 meses

Se prefiere clopidogrel

❖ Incluir en toma de decisiones

❖ Educación e información

## 6. LAGUNAS EN LA EVIDENCIA

- ❖ Evaluar prospectivamente los **algoritmos 0h/1h y 0h/2h** y puntos de corte de troponinas.
- ❖ Papel de la **evaluación no invasiva** de la anatomía coronaria o pruebas de imagen funcional en SCASEST de bajo riesgo
- ~~❖ Impacto de uso temprano de **betabloqueantes** iv y valor cardioprotector en FEVI conservada.~~
- ❖ **Intervalo óptimo** para la coronariografía invasiva en SCACEST
- ❖ Monoterapia con **AAS vs Clopidogrel**
- ❖ Tratamiento farmacológico intensivo en **multivaso**
- ❖ Papel de la **lipoproteína (a)**

# 7. CONCLUSIONES DE LA GUÍA ESC 2023 VS AHA 2025

## COINCIDENCIAS

- ❖ Concordantes
- ❖ ECG 10 min, TUS 0/1h, 0/2h
- ❖ ICP<120 min, acceso radial
- ❖ DAPT 12 meses
- ❖ IVUS/OCT
- ❖ Revascularización completa en una o varias etapas
- ❖ Hipolipemiente agresivo

## DISCREPANCIAS

| ESC 2023                          | ACC/AHA                        |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Más interpretativa                | Descriptiva                    |
| ICP hasta 48 h en asintomáticos   | ICP hasta 24h en asintomáticos |
| Premedicación SCACEST IIb         | Premedicación SCACEST I        |
| Prasugrel> Ticagrelor             | Sin preferencia oficial        |
| Terapia reducida: inhibidor P2Y12 | Terapia reducida: ticagrelor   |
| LDL <55                           | LDL<70                         |
| Anemia ¿momento de transfusión?   | Transfusión si Hb<10h          |

Pronóstico: proBNP y troponinas

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Engström A, Mokhtari A, Ekelund U. Direct comparison of the European Society of Cardiology 0/1-hour vs. 0/2-hour algorithms in patients with acute chest pain. J Emerg Med [Internet]. 2024;66(6):e651–9.

Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines. Circulation [Internet]. 2025;151(13):e771–862.

Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J [Internet]. 2023;44(38):3720–826.

Martínez Garrido J, Rodríguez Vilela A. Cardiopatía isquémica. Sociedad Galega de cardiología. Sogacar. 2021. [Internet]. Disponible en <https://www.sogacar.com/cardiopatia-isquemica/>

García-López ZY, Jiménez-Santos M, Flores-García CA, Moreno-Vázquez A, Magaña-Serrano JA, Prevé-Castro VM, et al. Arch Cardiol Mex [Internet]. 2018;88(1):62–4.

Echeverri-Marín DA, Ramírez-Ramos CF, Miranda-Arboleda AF, Castilla-Agudelo GA, Saldarriaga-Giraldo CI. Patrones electrocardiográficos de alto riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo [High-risk electrocardiographic patterns in Patients with acute coronary syndrome]. Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc. 2020 Dec 31;1(4):240-249. Spanish. Doi: 10.47487/apcyccv.v1i4.82.

# 7. BIBLIOGRAFÍA

Ahuelmos PP. Infarto de ventrículo derecho. Caso 33 [Internet]. cardiomap. 2017 Disponible en: <https://cardioparamap.com/2017/07/03/infarto-de-ventriculo-derecho/>

