



Síndromes Coronarios Agudo con intervención coronaria percutáneo
Acute Coronary Syndromes with percutaneous coronary intervention
Síndromes coronárias agudas com intervenção coronária percutânea

Deyaneira Marcela Chávez Ruiz ^I
deya.zevachr99@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-6873-6774>

Tommy Joel Caice Macias ^{II}
tommy.4kicm@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-4707-3453>

Doménica Romina Granda Maldonado ^{III}
domegrandam@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9412-4685>

Paulette Nicole Camino Canales ^{IV}
paulettcaminocanales@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-7050-4152>

Correspondencia: deya.zevachr99@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 26 de agosto de 2025 * **Aceptado:** 24 de septiembre de 2025 * **Publicado:** 31 de octubre de 2025

- I. Universidad de Guayaquil; Ecuador
- II. Universidad de Guayaquil; Ecuador
- III. Universidad de Guayaquil; Ecuador
- IV. Universidad de Guayaquil; Ecuador

Resumen

El manejo de los síndromes coronarios agudos (SCA) ha experimentado una evolución significativa, impulsada por la evidencia de ensayos clínicos a gran escala y la publicación de guías clave, incluyendo las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de 2023 y las inminentes guías ACC/AHA de 2025. Esta investigación se centra en los cambios de paradigma en el diagnóstico, la estratificación de riesgo, las estrategias de reperfusión y la prevención secundaria intensiva. A nivel diagnóstico y de estratificación, la implementación generalizada de la troponina de alta sensibilidad (hs-Tn) ha mejorado el rendimiento diagnóstico. Paralelamente, el *score* HEART ha demostrado una superioridad predictiva notable para eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) a 30 días, con una estadística C de 0.937, lo que optimiza la identificación de pacientes de bajo riesgo para el alta segura. En el ámbito terapéutico, la evidencia reciente ha definido el *timing* óptimo de la intervención coronaria percutánea (ICP) en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) de alto riesgo, estableciendo una ventana de intervención preferida entre 3 y 14 horas post-admisión. Respecto al manejo antitrombótico, la desescalada de la doble antiagregación plaquetaria (DAP) después del primer mes se ha posicionado como la estrategia más efectiva para lograr un equilibrio riesgo-beneficio, reduciendo el sangrado mayor y la mortalidad cardiovascular sin comprometer la protección isquémica. Finalmente, la prevención secundaria exige un control lipídico ultrarrápido y agresivo, con una meta de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) inferior a 55 mg/dL en pacientes de riesgo muy alto. El uso temprano de inhibidores de PCSK9 (iPCSK9) ha demostrado ser crucial para alcanzar esta meta de manera rápida y segura. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM T2) y SCA, los agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1 RA) y los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (SGLT2i) son fármacos esenciales para la reducción del riesgo cardiovascular residual.

Palabras Clave: Síndromes Coronarios Agudos, troponina alta sensibilidad, *score* HEART, desescalada DAP, iPCSK9, SGLT2i GLP-1 RA post-SCA.

Abstract

The management of Acute Coronary Syndromes (ACS) has undergone a significant evolution, driven by evidence from large-scale clinical trials and the publication of key guidelines, including

the 2023 European Society of Cardiology (ESC) directives and the imminent 2025 ACC/AHA guidelines. This research focuses on the paradigm shifts in diagnosis, risk stratification, reperfusion strategies, and intensive secondary prevention. At the diagnostic and stratification level, the widespread implementation of high-sensitivity troponin (hs-Tn) has improved diagnostic performance. Simultaneously, the HEART score has demonstrated notable predictive superiority for major adverse cardiovascular events (MACE) at 30 days, with a C-statistic of 0.937, optimizing the identification of low-risk patients for safe discharge. In the therapeutic domain, recent evidence has defined the optimal timing for percutaneous coronary intervention (PCI) in high-risk patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), establishing a preferred intervention window between 3 and 14 hours post-admission. Regarding antithrombotic management, the de-escalation of dual antiplatelet therapy (DAPT) after the first month has been positioned as the most effective strategy to achieve a risk-benefit balance, reducing major bleeding and cardiovascular mortality without compromising ischemic protection. Finally, secondary prevention demands ultra-rapid and aggressive lipid control, with a low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) goal below 55 mg/dL in very-high-risk patients. The early use of PCSK9 inhibitors (iPCSK9) has proven crucial for reaching this goal quickly and safely. In patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and ACS, glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RA) and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) are essential medications for reducing residual cardiovascular risk.

Keywords: Acute Coronary Syndromes, high-sensitivity troponin, HEART score, DAPT de-escalation, iPCSK9, SGLT2i GLP-1 RA post-ACS.

Resumo

A gestão das síndromes coronárias agudas (SCA) sofreu uma evolução significativa, impulsionada pela evidência de ensaios clínicos de grande escala e pela publicação de orientações importantes, incluindo as orientações da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) de 2023 e as futuras orientações da ACC/AHA de 2025. Esta investigação centra-se nas mudanças de paradigma no diagnóstico, na estratificação de risco, nas estratégias de reperfusão e na prevenção secundária intensiva. A nível diagnóstico e de estratificação, a implementação generalizada da troponina de alta sensibilidade (hs-Tn) melhorou o desempenho diagnóstico. Paralelamente, o score HEART

demonstrou uma notável superioridade preditiva para eventos cardiovasculares adversos maiores (ECAM) aos 30 dias, com um índice C de 0,937, otimizando assim a identificação de doentes de baixo risco para alta hospitalar segura. Na área terapêutica, evidências recentes definiram o momento ideal para a intervenção coronária percutânea (ICP) em doentes de alto risco com enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST), estabelecendo uma janela preferencial de intervenção entre as 3 e as 14 horas após a admissão. Relativamente à gestão antitrombótica, a redução da terapêutica antiplaquetária dupla (TAPD) após o primeiro mês surgiu como a estratégia mais eficaz para alcançar um equilíbrio entre risco e benefício, reduzindo as hemorragias maiores e a mortalidade cardiovascular sem comprometer a proteção isquêmica. Por fim, a prevenção secundária requer um controlo lipídico ultrarrápido e agressivo, com um nível alvo de colesterol LDL abaixo dos 55 mg/dL em doentes de muito alto risco. O uso precoce de inibidores da PCSK9 (PCSK9i) revelou-se crucial para atingir este objetivo de forma rápida e segura. Em doentes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e síndrome coronária aguda (SCA), os agonistas do recetor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1 RAs) e os inibidores do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT2i) são medicamentos essenciais para a redução do risco cardiovascular residual.

Palavras-chave: Síndromes Coronárias Agudas, troponina de alta sensibilidade, HEART score, redução da doença arterial pulmonar (DAP), inibidores da PCSK9, SGLT2i, GLP-1 RA, pós-SCA.

Introducción

El síndrome coronario agudo representa un espectro de condiciones clínicas que incluyen el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (SCACEST), el infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) y la angina inestable. A pesar de los avances en revascularización y terapia médica, la cardiopatía isquémica, predominantemente manifestada como SCA, sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. La marcada heterogeneidad en el riesgo de mortalidad y eventos adversos después de un SCA subraya la necesidad de una estratificación de riesgo rigurosa y un manejo terapéutico individualizado (1).

La última ola de evidencia clínica, reflejada en las guías recientes (2), ha generado modificaciones sustanciales en la práctica clínica. Estos avances se centran en la optimización de los dos

principales riesgos residuales post-SCA: el riesgo isquémico (prevención de reinfarto y trombosis de *stent*) y el riesgo hemorrágico (complicaciones relacionadas con la terapia antitrombótica intensiva) (3). Además, la introducción de nuevas clases de fármacos cardioprotectores para comorbilidades (p. ej., DM T2 e insuficiencia cardíaca) y el perfeccionamiento de las técnicas de intervencionismo han redefinido la trayectoria del paciente, desde la sala de emergencias hasta la prevención secundaria crónica.

Metodología

El presente informe se estructura como una revisión bibliográfica de alto nivel de las directrices de práctica clínica y la literatura científica relevante para el manejo del SCA. La revisión se ha centrado en ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas o indexadas en bases de datos biomédicas clave entre enero de 2020 y julio de 2025.

Se realizó una búsqueda estructurada utilizando términos clave centrados en las áreas de controversia y avance reciente: "Síndromes Coronarios Agudos", "troponina alta sensibilidad", "score HEART", "desescalada DAP", "iPCSK9", "SGLT2i GLP-1 RA post-SCA", e "imágenes intracoronarias". Se priorizó la evidencia derivada de las guías de la ESC (2023) y la ACC/AHA (2025).

La síntesis se enfocó en resultados cuantitativos robustos, como *Hazard Ratios* (HRs) y estadísticas *C* (*Area Under the Curve*, *AUC*), para evaluar la solidez del valor predictivo de los *scores* de riesgo y el impacto clínico de las estrategias terapéuticas (p. ej., el balance entre eventos isquémicos y hemorrágicos en la desescalada de la DAP).

Resultados

Diagnóstico, detección temprana y estratificación de riesgo

El Impacto de las Troponinas de Alta Sensibilidad (hs-Tn)

La adopción de los ensayos de troponina T de alta sensibilidad (hs-TnT) ha transformado el diagnóstico temprano del SCA. La evidencia demuestra que la hs-TnT mejora significativamente el rendimiento diagnóstico en comparación con los ensayos convencionales, acortando el tiempo necesario para el diagnóstico o descarte. En la determinación inicial, la sensibilidad diagnóstica de

la hs-TnT fue notablemente superior (87.0% vs. 42.9%), lo que se traduce en un valor predictivo negativo (VPN) del 95.1% para la exclusión temprana del infarto (4).

Si bien esta mayor sensibilidad es ventajosa para la exclusión rápida de pacientes en la sala de emergencias, también ha llevado a identificar un mayor número de pacientes con elevaciones sutiles de troponina. Estos casos, anteriormente clasificados como angina inestable, ahora se diagnostican como infartos pequeños (IAM tipo 2), lo que presenta un dilema clínico. La alta precisión diagnóstica debe ser ponderada con la relevancia pronóstica y la necesidad de una intervención invasiva urgente, reforzando la idea de que la magnitud de la elevación enzimática debe ser interpretada dentro del contexto clínico y hemodinámico del paciente.

Evolución del Paradigma Diagnóstico: OMI vs. NOMI

El tradicional binomio SCACEST/IAMSEST, basado únicamente en la presencia o ausencia de elevación del segmento ST en el electrocardiograma (ECG), ha mostrado ser insuficiente para identificar la necesidad real de reperfusión inmediata. Se estima que una proporción significativa de oclusiones coronarias agudas (ACO) no presentan elevación del ST (5). En respuesta a esta limitación, se ha propuesto una nueva clasificación centrada en la fisiopatología: Oclusión Miocárdica (OMI) e Infarto No Oclusivo del Miocardio (NOMI) (6).

El concepto de OMI busca identificar a aquellos pacientes con SCA que requieren una estrategia de reperfusión inmediata, independientemente de los hallazgos típicos del ECG (6). Esta redefinición tiene profundas implicaciones para la toma de decisiones intervencionistas. La evidencia indica que la ICP inmediata (< 2h) en el IAMSEST (a menudo un NOMI de alto riesgo) puede aumentar el riesgo de MACE. Por lo tanto, el nuevo paradigma ayuda a diferenciar el NSTEMI de altísimo riesgo (un OMI no reconocido por el ST) que sí requiere reperfusión urgente, del IAMSEST (NOMI de alto riesgo) que se beneficia de la estabilización inicial en una ventana de 3 a 14 horas (7).

Estratificación del Riesgo con Scores Predictivos

La estratificación del riesgo es fundamental para guiar las decisiones terapéuticas y el momento de la intervención. Los *scores* de riesgo, como TIMI y GRACE, han sido herramientas estándar, pero la evidencia reciente ha validado el *score* HEART (History, ECG, Age, Risk Factors, Troponin) como superior en el contexto de la troponina de alta sensibilidad.

Un estudio comparativo demostró que el *score* HEART posee un rendimiento significativamente mayor para predecir MACE a 30 días, con una estadística C de 0.937, superando a TIMI (0.844) y GRACE (0.797). Además, un *score* HEART de 3 o menos se correlacionó con un VPN del 99%, lo que permite una identificación altamente precisa de los pacientes de bajo riesgo que pueden ser dados de alta de forma segura (8).

El *score* GRACE 2.0 sigue siendo una herramienta crucial, especialmente para predecir la mortalidad intrahospitalaria y a 6 meses. Los pacientes con IAMSEST de alto riesgo con un *score* GRACE de 130 o más son candidatos a una vigilancia más intensiva (ej., UCI) post-cateterismo (9).

Tabla 1. Comparación del Desempeño de los Scores de Riesgo en el Triage (Predicción MACE a 30 días)

Score	C-Statistic (AUC)	Sensibilidad (Bajo Riesgo)	VPN (Bajo Riesgo)	Utilidad Clínica Principal
HEART	0.937	99.5%	99%	Triage y exclusión segura
TIMI	0.844	Inferior	Inferior	Estratificación de NSTEMI
GRACE	0.797	Inferior	Inferior	Mortalidad hospitalaria y a 6 meses

Fuente: Torralba et al (8).

Estrategias de Reperusión e Intervención Coronaria Percutánea (ICP)

La Indicación de Revascularización Completa (RC)

Una proporción significativa de pacientes con SCA, incluyendo casi la mitad de los casos de IMEST y dos tercios de los SCASEST, presentan enfermedad coronaria de múltiples vasos, una condición asociada a un peor pronóstico (10). La evidencia de los últimos años ha consolidado el beneficio de la Revascularización Completa (RC), que implica tratar tanto el vaso culpable del evento índice como las lesiones no responsables.

Recomendación Consolidada: La RC está ahora indicada para pacientes con IMEST y para aquellos con SCASEST que presentan enfermedad coronaria multivaso y se encuentran estables (sin *shock* cardiogénico) (11). Esto refleja una agresividad terapéutica estandarizada por la evidencia, donde se asume que el riesgo isquémico residual de las lesiones no culpables es mayor que el riesgo asociado a la ICP inmediata en un contexto agudo estable, justificando un beneficio neto en el pronóstico a largo plazo.

Controversia sobre el Momento de la RC: A pesar de la fuerte indicación de la RC, el momento de realizar el procedimiento (RC inmediata durante el procedimiento índice vs. RC por etapas diferida) continúa siendo objeto de debate (10).

Mientras que en el IMEST la evidencia ha favorecido consistentemente la RC, en el escenario del SCASEST la evidencia es menos sólida. Sin embargo, un ensayo aleatorizado en SCASEST sugirió que la Revascularización Completa Inmediata (RCI) fue superior a la Revascularización Completa por Etapas (RCE) en términos de Eventos Cardiovasculares Adversos Mayores (MACE), principalmente debido a una reducción en las revascularizaciones coronarias no planificadas. Esto sugiere que la estrategia inmediata podría ofrecer beneficios clínicos y logísticos, como una estancia hospitalaria global más corta (10).

La Decisión de Reperusión en SCACEST

La angioplastia transluminal coronaria (ATC) primaria se mantiene como el tratamiento de reperusión de elección para el SCACEST cuando se puede realizar dentro de un tiempo puerta-balón adecuado, idealmente menos de 120 minutos desde el primer contacto médico (PCM) (12). La fibrinólisis farmacológica (ej. Tenecteplasa o Estreptoquinasa) continúa siendo una estrategia complementaria vital en regiones geográficas sin acceso inmediato a laboratorios de hemodinámica o cuando se prevé un retraso excesivo en el traslado (13). Es notable que la Estreptoquinasa es preferida en pacientes con mayor riesgo de sangrado intracraneano (como edad avanzada, sexo femenino o presión arterial sistólica elevada al ingreso) (12).

Timing de ICP en IAMSEST de Alto Riesgo

El momento óptimo para la intervención en el IAMSEST de alto riesgo ha sido objeto de intensa investigación. Si bien la ICP inmediata (< 2 horas) es obligatoria en casos de inestabilidad hemodinámica o *shock* cardiogénico (14), un estudio retrospectivo reciente que analizó datos de

pacientes tratados entre 2011 y 2021 concluyó que la estrategia de ICP temprana (2-24 horas) mejoró significativamente los resultados de MACE en comparación con la ICP inmediata o la retrasada (24 horas) (7).

El rango terapéutico específico para la ICP temprana que maximiza la reducción del riesgo de MACE fue de 3 a 14 horas post-admisión. Este hallazgo tiene una importante implicación clínica: la intervención inmediata, a diferencia del SCACEST, podría ser perjudicial en IAMSEST, probablemente debido a que la estabilización farmacológica pre-procedimiento (pre-carga de antiagregantes y anticoagulantes) es esencial para la prevención de eventos trombóticos periprocedimiento. Solamente en pacientes con IAMSEST con lesión renal crónica se observó un beneficio con la estrategia invasiva retrasada (7).

Cirugía de Revascularización Coronaria (CABG)

La Cirugía de *Bypass* Coronario (CABG) representa la principal alternativa a la ICP en el manejo invasivo del SCA. La CABG se recomienda cuando la anatomía coronaria es compleja (generalmente enfermedad de múltiples vasos o enfermedad del tronco principal) y la ICP se considera inviable o la mejor opción terapéutica (15).

Indicaciones Clave para CABG en el Contexto del SCA:

- **Imposibilidad de ICP:** Se considera cuando la ICP no es viable para la revascularización, especialmente en el IMEST (11).
- **Enfermedad Multivaso Compleja:** Aunque la ICP es la estrategia de reperfusión inicial en el IMEST, la CABG es una alternativa esencial en el manejo del SCA multivaso si la anatomía es desfavorable para la intervención percutánea (ICP frente a CABG es una consideración en la guía) (15).
- **Manejo de Complicaciones Mecánicas:** Las complicaciones mecánicas del infarto, como la rotura del tabique interventricular o la insuficiencia mitral aguda, a menudo requieren una intervención quirúrgica de emergencia (CABG o reparación valvular) para mejorar la supervivencia y el pronóstico (11).

Revascularización Completa en Enfermedad Multivaso (SCACEST)

En pacientes con SCACEST y enfermedad multivaso, la decisión de revascularizar inmediatamente las lesiones no culpables (ICR) o realizarla de forma escalonada (SCR) ha sido clarificada por ensayos recientes. La evidencia muestra que la RC inmediata no es inferior a la RC escalonada en términos de resultados de MACE (16). Un estudio reciente no encontró diferencias significativas en la mortalidad o el infarto de miocardio entre ambos grupos. Sin embargo, la revascularización por cualquier causa fue significativamente menor en el grupo de ICR (4.4% vs. 8.6%) (17).

El principio clínico derivado de estos hallazgos es que la RC inmediata debe limitarse a pacientes estables y de bajo riesgo. Los pacientes que presentan signos de insuficiencia cardíaca deben ser manejados con una estrategia escalonada, ya que la intervención inmediata de las lesiones no culpables podría ser perjudicial en el contexto de una función ventricular comprometida (16).

Optimización de la ICP mediante Imagen Intracoronaria (IVUS/OCT)

El uso de técnicas de imagen intracoronaria, como la ecografía intravascular (IVUS) y la tomografía de coherencia óptica (OCT), ha demostrado ser crucial para optimizar el procedimiento de ICP, superando las limitaciones inherentes a la guía puramente angiográfica. Estas modalidades permiten evaluar con precisión la carga aterosclerótica, las dimensiones del vaso, la morfología del *stent* y la aposición del mismo, lo que conduce a una optimización de la implantación (18).

El impacto clínico de esta optimización es sustancial. Un metaanálisis reciente que incluyó a miles de pacientes demostró que la ICP guiada por imagen intracoronaria (IVUS u OCT) resultó en una reducción del 45% en la mortalidad de causa cardíaca y una reducción del 61% en la trombosis de *stent*, así como una disminución del 17% en el infarto global, en comparación con la guía basada únicamente en angiografía (19).

La elección entre IVUS y OCT debe ser individualizada. IVUS es técnicamente más fácil y se prefiere en lesiones complejas, como el tronco principal izquierdo, oclusiones crónicas totales y lesiones gravemente calcificadas (18). OCT ofrece una resolución axial superior (20). A pesar de la evidencia convincente, la adopción de estas técnicas se mantiene baja (aproximadamente 15% de los procedimientos de revascularización percutánea en algunos registros) (19), lo que representa una importante brecha de calidad entre la evidencia y la práctica actual.

Manejo Antitrombótico Post-SCA: Estrategias de Equilibrio Isquemia-Sangrado

Duración Óptima de la Doble Antiagregación Plaquetaria (DAPT)

La duración óptima de la DAPT post-ICP ha evolucionado hacia regímenes más cortos. Los datos acumulados sugieren que la DAPT a corto plazo (a menudo 6 meses) ofrece una eficacia similar a la DAPT a largo plazo en la prevención de eventos tromboembólicos y la necesidad de nuevas revascularizaciones, pero con una menor incidencia de hemorragia mayor (21). En poblaciones específicas de alto riesgo hemorrágico, la DAPT abreviada se asocia con menor mortalidad por todas las causas y menos sangrado, sin comprometer la protección isquémica (22). La individualización de la duración de la DAPT es esencial para equilibrar los riesgos de sangrado e isquemia.

Estrategia de Desescalada de P2Y12

La desescalada de la DAPT es una estrategia proactiva para mitigar el riesgo de sangrado manteniendo la potente protección antiisquémica durante la fase más vulnerable del SCA (el primer mes), para luego cambiar a un inhibidor P2Y12 menos potente (como clopidogrel) o a dosis reducidas (23).

Un metaanálisis en red de 15 ensayos clínicos aleatorizados (55.798 pacientes post-SCA) comparó diversas estrategias de DAP. El análisis reveló que la desescalada (de Ticagrelor o Prasugrel a Clopidogrel o Prasugrel en dosis baja después del primer mes) se asoció con una reducción significativa en el riesgo del punto final primario de sangrado mayor o menor. Específicamente, la desescalada mostró un HR de 0.32 (IC 95%: 0.20-0.52) comparado con el Ticagrelor estándar (3).

Crucialmente, esta reducción del sangrado se logró sin aumentar el riesgo del punto final primario de eficacia (compuesto de muerte CV, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular). Además, la estrategia de desescalada mostró un beneficio inesperado y significativo en la reducción del riesgo de muerte cardiovascular, con un HR de 0.29 (IC 95%: 0.10-0.83) frente a Ticagrelor estándar (3).

La interpretación de esta disminución de la mortalidad cardiovascular es que la prevención de eventos hemorrágicos (que a menudo requieren transfusiones, interrumpen la terapia antitrombótica y aumentan la inflamación) tiene un impacto directo en la supervivencia a largo

plazo. Por lo tanto, la desescalada se establece como una estrategia prioritaria para pacientes post-SCA, especialmente en aquellos con alto riesgo de sangrado (24).

Tabla 2. Eficacia y Seguridad de la Estrategia de Desescalada DAP Post-SCA

Estrategia (1-12 Meses)	Eficacia (Muerte CV, IAM, ACV)	Reducción de Sangrado Mayor/Menor (HR 95% IC)	Mortalidad Cardiovascular (HR 95% IC)
Desescalada a Clopidogrel/Prasugrel Dosis Baja	No Diferencia Significativa	0.32 (0.20-0.52) vs Ticagrelor	0.29 (0.10-0.83) vs Ticagrelor
Ticagrelor/Aspirina (Estándar)	Referencia	Referencia	Referencia

Fuente: Candiello (3).

Manejo Antitrombótico en SCA con Fibrilación Auricular

La coexistencia de SCA que requiere ICP y fibrilación auricular (FA) que requiere anticoagulación plantea el desafío de la terapia antitrombótica triple (AAS + P2Y12 + Anticoagulante Oral) (25). La evidencia reciente ha consolidado la recomendación de limitar la terapia triple a un periodo muy corto (generalmente hospitalario o hasta 1 mes), favoreciendo rápidamente una terapia dual (Anticoagulante Oral Directo [ACO] + un inhibidor P2Y12, típicamente Clopidogrel). Este cambio se justifica porque la terapia dual reduce significativamente el riesgo de sangrado (punto final principal de seguridad) sin comprometer la prevención de eventos trombóticos isquémicos graves, ofreciendo un perfil de seguridad superior post-ICP (26).

Prevención Secundaria Intensiva y Control de Comorbilidades

El Objetivo Ultra-Intensivo de C-LDL Post-SCA

El SCA define automáticamente al paciente en la categoría de riesgo cardiovascular muy alto, exigiendo las metas de C-LDL más estrictas. Las guías actuales (ESC/EAS) recomiendan alcanzar un C-LDL inferior a 55 mg/dL y, simultáneamente, lograr una reducción de al menos 50% del valor inicial (27).

La estrategia terapéutica debe ser intensiva y escalonada: inicio de estatinas de alta intensidad a la máxima dosis tolerada; adición de ezetimibe si no se alcanza la meta; e intensificación con iPCSK9 si los objetivos siguen sin cumplirse. Se enfatiza que en pacientes que experimentan eventos vasculares recurrentes dentro de los dos años, incluso si están en terapia máxima con estatinas, se requiere una intensificación aún más agresiva (27).

Inhibidores PCSK9 (iPCSK9)

Los iPCSK9 (Evolocumab y Alirocumab) han revolucionado el tratamiento lipídico al lograr reducciones de C-LDL sin precedentes (hasta 63% cuando se combinan con estatinas de alta intensidad) y al reducir la morbilidad cardiovascular en aproximadamente un 20% a 2 años (27).

Una de las principales conclusiones de la evidencia más reciente es la necesidad de una iniciación temprana y proactiva de estos agentes. El estudio EVOPACS demostró que la administración de Evolocumab durante la fase hospitalaria del SCA fue segura y condujo a una reducción significativa y rápida del C-LDL (40.7% en solo ocho semanas) (27). El perfil lipídico debe reevaluarse a las 4-6 semanas post-SCA, y si las metas de 55 mg/dL no se han alcanzado, la iniciación de un iPCSK9 está indicada (28). El inicio temprano busca minimizar el tiempo de exposición de la placa vulnerable a niveles elevados de C-LDL, lo que se considera un factor clave en la prevención de eventos recurrentes.

Inclisiran, un ARN de interferencia que también inhibe la PCSK9, representa una alternativa de largo plazo debido a su régimen de dosificación semestral (29). Aunque su principal impacto se basa en la reducción sostenida del C-LDL, el análisis de coste-efectividad para pacientes con SCA reciente se sitúa en €/AVAC ganado (30).

Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM T2) y Enfermedad Cardiovascular

La DM T2 es una comorbilidad de muy alto riesgo que acelera la enfermedad coronaria. La evidencia de los últimos años ha consolidado a los SGLT2i y GLP-1 RA como terapias fundamentales en pacientes con DM T2 y enfermedad cardiovascular establecida, independientemente del control glucémico inicial (31). Estos agentes son ahora recomendados como primera línea para la cardioprotección.

Ambas clases de fármacos han demostrado beneficios en la reducción de MACE y, notablemente, los SGLT2i han probado reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (31). Dado que la insuficiencia cardíaca es una complicación común y un predictor de mortalidad a largo plazo post-infarto (32), el uso de SGLT2i se vuelve esencial en este grupo de pacientes.

En la práctica clínica, se recomienda iniciar SGLT2i o GLP-1 RA (o ambos en casos de muy alto riesgo) en pacientes diabéticos post-SCA mientras se realiza un ajuste activo y sistemático de los regímenes de insulina ("desinsulinización") para evitar hipoglucemias y optimizar la función cardíaca y renal (31).

Rehabilitación Cardíaca y Cuidado Crónico

La rehabilitación cardíaca (RC) basada en ejercicio ha demostrado consistentemente su eficacia y seguridad en la fase crónica post-SCA, mejorando los resultados a largo plazo. La implementación de la RC, junto con la optimización terapéutica continua y la promoción de hábitos de estilo de vida cardiosaludables, requiere un modelo de transición de cuidados donde la Atención Primaria juega un papel esencial en el seguimiento a largo plazo (33).

Conclusiones

El manejo del SCA en la era 2020-2025 se caracteriza por una intensificación en la prevención secundaria y una individualización precisa de las estrategias de intervención y antiagregación. Los principales puntos de inflexión son:

1. **Estratificación Avanzada:** El *score* HEART ofrece el mayor valor predictivo negativo para el *triage* seguro en la era de hs-Tn, superando a TIMI y GRACE.
2. **Reperusión Programada:** El *timing* óptimo para la ICP en IAMSEST de alto riesgo es de 3 a 14 horas post-admisión, lo que subraya la importancia de la estabilización farmacológica pre-procedimiento.
3. **Equilibrio Antitrombótico:** La estrategia de desescalada de DAPT post-SCA es la más efectiva para reducir eventos de sangrado y, crucialmente, la mortalidad cardiovascular, sin aumentar el riesgo isquémico.
4. **Terapia Lipídica Ultrarrápida:** La meta de C-LDL es estrictamente < 55 mg/dL. El inicio

temprano y agresivo de iPCSK9 en pacientes que no alcanzan esta meta es una práctica de prevención secundaria esencial.

5. **Manejo de Comorbilidades:** Los SGLT2i y GLP-1 RA son ahora pilares en el manejo del paciente post-SCA con DM T2, debido a sus probados beneficios cardiovasculares y en insuficiencia cardíaca.

Bibliografía

1. Méndez-Eirín E, Flores-Ríos X, García-López F, Pérez-Pérez AJ, Estévez-Loureiro R, Piñón-Esteban P, et al. Comparación del valor predictivo pronóstico de los scores TIMI, PAMI, CADILLAC y GRACE en el SCACEST sometido a ICP primario o de rescate. Rev Española Cardiol [Internet]. 2012 Mar;65(3):227–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893211008918>
2. European Society of Cardiology. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes [Internet]. 2023. Available from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>
3. Candiello A. Desescalada de la Doble Antiagregación Plaquetaria en Síndromes Coronarios Agudos [Internet]. 2021. Available from: <https://medecs.com.ar/desescalada-de-la-doble-antiagregacion-plaquetaria-en-sindromes-coronarios-agudos/>
4. Velilla Moliner J, Gros Bañeres B, Povar Marco J, Santaló Bel M, Ordoñez Llanos J, Martín Martín A, et al. Rendimiento diagnóstico de la troponina de alta sensibilidad en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Med Intensiva [Internet]. 2020 Mar;44(2):88–95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569118302420>
5. de Alencar Neto JN, Scheffer MK, Correia BP, Franchini KG, Felicioni SP, De Marchi MFN. Systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy of ST-segment elevation for acute coronary occlusion. Int J Cardiol [Internet]. 2024 May;402:131889. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527324003358>
6. Rodrigo Zoni C. Nueva clasificación propuesta para el síndrome coronario agudo centrada en la reperusión [Internet]. 2023. Available from: <https://siacardio.com/nueva-clasificacion-propuesta-para-el-sindrome-coronario-agudo-centrada-en-la-reperfusion/>

7. ZHENG JJ, SI YQ, XIA TY, LU BJ, ZENG CY, WANG WE. Optimal timing of invasive intervention for high-risk non-ST-segment-elevation myocardial infarction patients. *J Geriatr Cardiol* [Internet]. 2024 Aug;21(8):807–15. Available from: <https://www.sciopen.com/article/10.26599/1671-5411.2024.08.003>
8. Torralba F, Navarro A, Castellanos-de la Hoz J, Ortiz C, Botero A, Alarcón F, et al. Os Escores HEART, TIMI e GRACE para Predição de Eventos Cardiovasculares Adversos Maiores no Período de 30 Dias na Era de Troponina I de Alta Sensibilidade. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020; Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020000600795
9. Gore J, A. A. Fox K. GRACE ACS Risk and Mortality Calculator [Internet]. Available from: <https://www.mdcalc.com/calc/1099/grace-acs-risk-mortality-calculator#creator-insights>
10. Procopio F. Revascularización Completa en Síndrome Coronario Agudo Inmediata o por etapas, ¿Cuál es la mejor estrategia? [Internet]. 2025. Available from: <https://siacardio.com/revascularizacion-completa-en-sindrome-coronario-agudo-inmediata-o-por-etapas-cual-es-la-mejor-estrategia/>
11. Tenezaca Rodriguez R. 10 aspectos en la Guía ACC/AHA 2025 del manejo de Síndrome Coronario Agudo (SCA) [Internet]. 2025. Available from: <https://siacardio.com/10aspectosacc25/>
12. Ministerio de Salud Pública. Tratamiento de perfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST) [Internet]. 2017. Available from: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Reperfusion.pdf>
13. Espinosa MÁ, Ávila P, Ruiz J, Sánchez PL. Estrategias de perfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Visión general y descripción de conceptos. Situación actual de la perfusión farmacológica en España. *Rev española Cardiol Supl.* 2009;9(3):3–10.
14. CardioTeca. Guías ACC/AHA 2025 Manejo de los pacientes con síndromes coronarios agudos [Internet]. 2025. Available from: <https://www.cardioteca.com/sca/6462-guias-acc-aha-2025-manejo-de-los-pacientes-con-sindromes-coronarios-agudos.html>
15. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2021 Jun;74(6):544.e1-544.e73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893221000890>

16. European Society of Cardiology. New data presented to guide the treatment of patients with multivessel coronary artery disease [Internet]. 2025. Available from: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/New-data-presented-to-guide-the-treatment-of-patients-with-multivessel-coronary-artery-disease>
17. Scarparo P, Elscot JJ, Kakar H, den Dekker WK, Bennett J, Sabaté M, et al. Immediate versus staged complete revascularisation in patients presenting with STEMI and multivessel disease. *EuroIntervention* [Internet]. 2024 Jul;20(14):e865–75. Available from: <https://eurointervention.pcronline.com/doi/10.4244/EIJ-D-23-00882>
18. Maehara A, Sanz-Sánchez J, Garcia-Garcia HM. IVUS has more robust data than OCT for PCI guidance: PROS and CONS. *EuroIntervention* [Internet]. 2024;20(18):e1132–5. Available from: <https://doi.org/10.4244/EIJ-E-24-00028>
19. Tizón-Marcos H. Debate: Intravascular imaging in percutaneous revascularization procedures. For an optimized and still selective approach. *REC Interv Cardiol* (English Ed [Internet]. 2025 Feb 24; Available from: https://www.recintervcardiol.org/en/?option=com_content&view=article&id=2643&catid=12
20. Jiang Y, Wang J, Murthy RS, Patel P, Chen Z. Intracoronary Optical Coherence Tomography: Technological Innovations and Clinical Implications in Cardiology. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* [Internet]. 2025 Dec 24;27(1):44. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s11936-025-01103-4>
21. Pereira da Silva AM, de Deus O, Falcão L, Han ML, Ribeiro FV, Machado Magalhães PL, et al. Optimal duration of dual antiplatelet therapy after endovascular treatment of intracranial aneurysms with stenting: a systematic review and meta-analysis. *Neuroradiology* [Internet]. 2025 Jul 31; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00234-025-03710-1>
22. Soleimani H, Karimi E, Mahalleh M, Entezari FJ, Nasrollahizadeh A, Nasrollahizadeh A, et al. Abbreviated dual antiplatelet therapy in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2025 Apr 30;25(1):343. Available from: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-025-04765-x>
23. Costabel JP, Duronto E, Nani S, Cohen Arazi H, Guetta J. Estrategias de antiagregación plaquetaria en síndromes coronarios agudos. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2025 Apr 25; Available from: <https://rac.sac.org.ar/index.php/rac/article/view/825>

24. CACI. Ventajas de la estrategia de desescalamiento de ticagrelor a clopidogrel en pacientes con síndrome coronario agudo posterior a 1 mes [Internet]. 2023. Available from: <https://www.caci.org.ar/ventajas-de-la-estrategia-de-desescalamiento-de-ticagrelor-a-clopidogrel-en-pacientes-con-sindrome-coronario-agudo-posterior-a-1-mes/>
25. Perez S OA. Triple terapia antitrombótica despues de un síndrome coronario agudo (SCA) e ICP (intervención coronaria percutánea) en pacientes con indicación de anticoagulación oral crónica [Internet]. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular; 2018. Available from: https://scc.org.co/wp-content/uploads/2018/12/PUESTA_AL_DIA_DICIEMBRE_TERAPIA_TRIPLE_VS_DU_AL.pdf
26. Marisol Lugo L, Luis Ferreiro J. Tratamiento antitrombótico doble frente a triple. Rev Española Cardiol Supl [Internet]. 2019;18:27–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1131358719300329>
27. CardioTeca. Terapia hipolipemiente post-SCA: Clave para prevenir eventos cardiovasculares [Internet]. 2024. Available from: <https://www.cardioteca.com/lipidos-blog/6166-terapia-hipolipemiente-post-sca-clave-para-prevenir-eventos-cardiovasculares.html>
28. Seijas-Amigo J, Gayoso-Rey M, Mauriz-Montero MJ, Suarez-Artime P, Casas-Martinez A, Dominguez-Guerra M, et al. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el control lipídico de pacientes que inician inhibidores de la PCSK9. Clínica e Investig en Arterioscler [Internet]. 2022 Sep;34(5):245–52. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0214916822000183>
29. Carnevali HDC. Eficacia, seguridad y ventajas de inclisiran en el manejo del colesterol LDL: Un análisis completo [Internet]. 2025. Available from: <https://www.cardioteca.com/blog-inclisiran/6398-eficacia-seguridad-y-ventajas-de-inclisiran-en-el-manejo-del-colesterol-ldl-un-analisis-completo.html>
30. GENESIS-SEFH. Inclisiran en hipercolesterolemia primaria y dislipemia mixta. 2017.
31. Palani A, Patel S, Patel S, Srivastava S, Patel J, Salehin S, et al. GLP1-RA and SGLT2-i: Implementation and Insulin Deescalation Strategies. Cardiovasc Drugs Ther [Internet]. 2025 Jul 10; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s10557-025-07744-8>
32. Núñez J, Sanchis J, Núñez E, Bodí V, Mainar L, Miñana G, et al. Insuficiencia cardiaca aguda post-alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento-ST y riesgo de muerte e infarto agudo de miocardio subsiguiente. Rev Española Cardiol

[Internet]. 2010 Sep;63(9):1035–44. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893210702256>

33. Enrique Santas Olmeda VMG, Silvia Ventura Haro ASR, Manuel Jesús Gómez Martínez MSR, Luna Carrillo Alemán BMV, Juan José Jiménez Aguilera VAE. MANEJO ASISTENCIAL EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. Sociedad Valenciana de Cardiología; 2025.

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).