Actualización del Consenso de Síndromes Coronarios Agudos sin Elevación del Segmento ST - 2019

Autoridades

Director: Dr. Marcelo Trivi
ACN: Dr. Mario Spennato

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología

		Centro con hemodinamia	Centro sin hemodinamia
IA IC IC IC IIaC	- Angina y cambios del segmento ST persistentes luego del tratamiento médico inicial. (angina refractaria – recurrente) - Infradesnivel del segmento ST extenso asociado a hipotensión arterial. - IC Insuficiencia cardíaca secundaria a isquemia extensa. - Arritmias complejas asociadas a cuadro coronario inestable. - PCR resucitado sin supra ST y sin daño neurológico	Invasiva inmediata	Derivación URGENTE a centro con HMD si es factible
IA IA IA IA IIaC	- Cambios dinámicos del segmento ST-T - Riesgo elevado por scores (AHA, GRACE, TIMI) - Elevación significativa de biomarcadores - Diabetes mullitus, Insuficiencia renal (≤ 60 ml/min) - ATC o CRM previa dentro del año	Invasiva 24 hrs	Derivación a centro con HMD luego de tratamiento médico inicial si es factible

Estrategia invasiva en SCA sin elevación del segmento ST

		Centro con hemodinamia	Centro sin hemodinamia
IA IIaC IA	- Disfunción ventricular izquierda - Asociación con valvulopatías significativas - Scores de riesgo intermedios	Invasiva durante internación	Derivación a centro con HMD durante internación en casos seleccionados
IA IIaB IIIC	- Pacientes sin caracteristicas de riesgo previas - PCR resucitado sin supra ST en coma inicial - Estrategia invasiva en pacientes con comorbilidades importantes, en quienes el riesgo de revascularización es mayor al beneficio	Invasiva en casos seleccionados	No invasivo
		No invasivo	No invasivo

Estrategia invasiva en SCA sin elevación del segmento ST

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 farmacoactivos* se debe basar en las características basales individuales, la anatomía coronaria y el riesgo de hemorragia

Recomendaciones para cirugía coronaria en SCASEST

Recomendación	Clase	Nivel E
Revascularización completa	I	B
Mamaria interna izquierda con disección esqueletizada	I	B
Ambas mamarias	IIa	B
Sin circulación extracorpórea en aorta calcificada	I	B
Sin circulación extracorpórea en pacientes de alto riesgo	IIa	B
Medición de flujo Doppler en puentes coronarios	IIa	B

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE INHIBIDORES P2Y12

Recomendación	Clase	Nivel de evidencia
El clopidogrel y el ticagrelor son la indicación primaria en pacientes con SCASEST, si no se conoce la anatomía coronaria	I	B
Prasugrel exclusivamente con anatomía conocida y asociado a angioplastia coronaria, sin contraindicaciones ni alto riesgo de sangrado	I	B
Clopidogrel en el resto de los casos	I	B
Duración habitual del tratamiento 12 meses	I	B
Ticagrelor a menor dosis (60 mg cada 12 hs.) o clopidogrel luego de los 12 meses cuando el balance de riesgo isquémico y de sangrado es favorable	IIb	B

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE INHIBIDORES P2Y12

En caso de decidir cambio de inhibidores P2Y12 en el 1er mes , realizar nueva carga.	I	C
Suspensión de ticagrelor para CRM: 3 a 5 días , Clopidogrel 5 días antes y prasugrel 7	IIa	B
El inhibidor P2Y12 debe instituirse tan pronto como sea posible.	I	C
Si el paciente se va a hacer el cateterismo dentro de las 24 hs. podría no administrarse pretratamiento.	IIa	C
En caso de realizar pretratamiento hacerlo solo con clopidogrel o ticagrelor	I	C

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología

Situaciones Especiales

- 1. Necesidad de suspensión por cirugías y procedimientos
- 2. Necesidad de cambio de drogas.
- 3. Manejo de DAPT en pacientes anticoagulados

Determinación de Riesgo Hemorrágico de la Cirugía

	Riesgo Bajo	Riesgo intermedio	Riesgo alto
Cirugia general, ortopédica y Urologica	Hernioplastias, colecistectomías apendicectomías colectomías, resección gástrica, resecciones intestinales, mama, mano, artroscopías, cistoscopías y ureteroscopías.	Hemorroides, esplenectomía, gastrectomía, CX bariátrica, resección rectal, tiroidectomía, prótesis de hombro, rodilla, pie, cx espinal, bx próstata, orquiectomía	Resección hepática, duodenopancreatectomía, cadera, pélvicas mayores, fractura de fémur proximal, nefrectomía, cistectomía, resección de próstata transuretral, resección tumor vesical transuretral,
Cirugía Vasculares	Endarterectomía carotidea, CX vascular periférica, EVAR; TEVAR, Amputaciones.	CX de aorta abdominal convencional Minitoracotomía, TAVR	CX torácica y Toracoabdomninal
		CRM, reemplazo valvular	Reintervenciones, endocarditis, CRM en falla

Am Coll Cardiol 2017;6:1861-1870

logía

Determinación del Riesgo Isquemico del Paciente

Bajo Riesgo (>1%)	Riesgo Intermedio (1-5%)	Riesgo Alto (>5%)
>4 semanas post ATC con balón	>2 semanas y < 4 semanas post ATC con balón	≤2semanas post ATC con balón
>6 meses post ATC con BMS	>1 mes y ≤6 meses post ATC con BMS	≤1 mes post ATC con BMS
>12 meses post ATC con DES	>6 meses y ≤ 12 meses post ATC con DES	≤6 meses post ATC con DES
	>12 meses post ATC compleja con DES (stents largos, múltiples stents, vasos pequeños, bifurcaciones, tronco CI)	≤12 meses post ATC compleja con DES
		≤6 meses post ATC en IAM
		Trombosis de Stent previa

Am Coll Cardiol 2017;6:1861-1870

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología

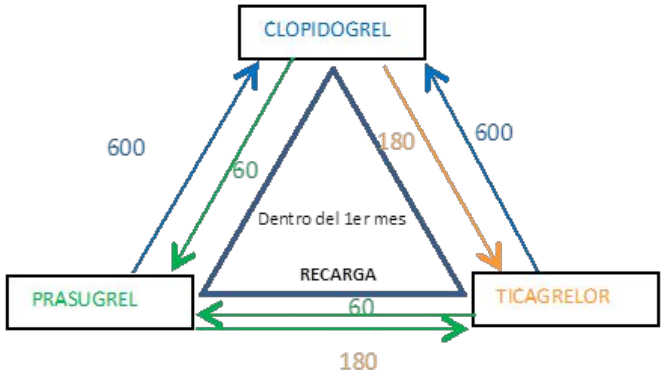
Decisión en base a riesgos

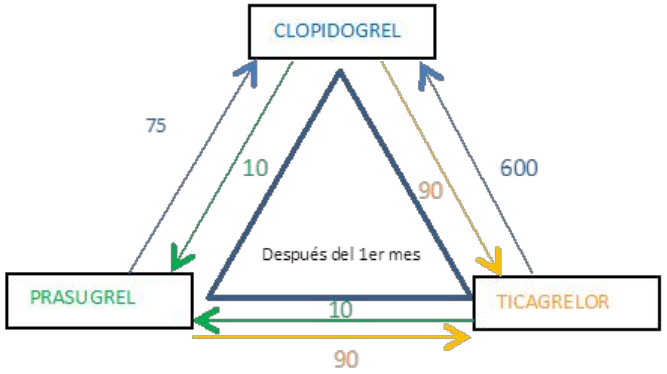
		Riesgo Trombótico		
		Bajo	Intermedio	Alto
Riesgo Hemorrágico	Bajo	Continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible: continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; etomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible: continuar AAS y clopi/prasu/tica en el perioperatorio
	Intermedio	Continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible: continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga. Considerar terapia puente con antiplaquetarios EV de acción ultracorta*
	Alto	Continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible: continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga	Posponer cirugía electiva. De no ser posible continuar AAS, discontinuar clopi/prasu/tica; retomar dentro de las 24-72 hs con dosis de carga. Considerar terapia puente

Necesidad de Cambio de Terapia Antiplaquetaria. Razones

- Contraindicación para la droga usada.
- Necesidad de ACO
- Efectos adversos
- Costos, Carencia de cobertura

Contexto agudo: primeros 30 días de ATC o SCA





Contexto Agudo: Siempre
Con carga

Contexto crónico: Sin carga
entre tienopiridinas
(clopidogrel y prasugrel).

<u>Cargar siempre cuando se</u>
<u>Cambia a/desde ticagrelor</u>

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología

Pacientes bajo anticoagulación oral que presentan un síndrome coronario agudo y requieren cateterismo

Pacientes con fibrilación auricular (CHA2DS2-VASc 2 o más) y síndromes coronarios estables o inestables de bajo riesgo clínico manejados mediante una estrategia conservadora o invasiva mediante angioplastia es preferible un tratamiento antitrombótico dual hasta el año.	IIa	A
Pacientes con fibrilación auricular (CHA2DS2-VASc 2 o más) y síndromes coronarios inestables de * alto riesgo isquémico o anatómico y bajo riesgo hemorrágico podría ser preferible un triple tratamiento antitrombótico durante 1 a 6 meses y luego dual hasta el año.	IIa	C

Pacientes bajo anticoagulación oral que presentan un síndrome coronario agudo y requieren cateterismo

En pacientes con fibrilación auricular no valvular (CHA2DS2-VASc 2 o más) el tratamiento antitrombótico dual más razonable es la utilización de un DOACs (preferentemente apixabán o dabigatrán por sobre el rivaroxabán) más clopidogrel. En caso de contraindicaciones a los DOACs o imposibilidad de adherencia por costos, los antagonistas de la vitamina K son los recomendados.	IIa	B
Luego del año, en pacientes con fibrilación auricular (CHA2DS2-VASc 2 o más) y síndromes coronarios estables o inestables de bajo riesgo, es razonable continuar con la anticoagulación oral sola.	IIa	C
Luego del año, en pacientes con fibrilación auricular (CHA2DS2-VASc 2 o más) y síndromes coronarios de alto riesgo, es razonable continuar con anticoagulación más aspirina en forma indefinida	IIa	C

Área de consensos y normas, Sociedad Argentina de Cardiología