

10 puntos a recordar sobre Nuevas Guías ESC sobre SCASEST

1. El síndrome coronario agudo (**SCA**), una entidad con riesgo de vida, es generalmente provocada por una trombosis aguda inducida por una rotura o erosión de una placa aterosclerótica coronaria, con o sin vasoconstricción concomitante, causando una reducción inmediata e importante en el flujo sanguíneo.
2. Debe extraerse sangre rápidamente para dosificar la **troponina** (troponina T o I) y el resultado debería estar disponible dentro de los 60 minutos. La prueba debe repetirse 6-9 horas después de la evaluación inicial, si la primera medición no es concluyente. Si la situación clínica sigue siendo sugestiva de SCA, repetir la prueba después de 12-24 horas.
3. **Coronariografía** debe realizarse con urgencia en pacientes de alto riesgo y en quienes el diagnóstico diferencial no está claro. La angiografía por tomografía computarizada coronaria debe ser considerada como una alternativa a la angiografía invasiva para excluir el SCA cuando hay una probabilidad baja a intermedia de enfermedad coronaria, y cuando la troponina y el electrocardiograma no son concluyentes.
4. La **evaluación cuantitativa del riesgo** es útil para la toma de decisiones clínicas. Basado en comparaciones directas, la puntuación de riesgo GRACE ofrece la estratificación más precisa del riesgo, tanto al ingreso como al alta, debido a su buen poder discriminativo.
5. **Ticagrelor** (180 mg de carga, 90 mg dos veces al día) se recomienda para todos los pacientes de moderado a alto riesgo de eventos isquémicos (por ejemplo, la elevación de troponinas), independientemente de la estrategia de tratamiento inicial incluyendo a aquellos pretratados con clopidogrel (que deberá interrumpirse cuando ticagrelor se inicie).
6. **Prasugrel** (60 mg de carga, dosis de 10 mg al día) se recomienda para pacientes no P2Y12 inhibidores (especialmente los diabéticos) en los que se sabe la anatomía coronaria y que se tratarán mediante una intervención coronaria percutánea (ICP), a menos que exista un alto riesgo de un sangrado mortal u otras contraindicaciones.
7. **Clopidogrel** (300 mg de carga, 75 mg al día) se recomienda para pacientes que no pueden recibir ticagrelor o prasugrel.
8. **Fondaparinux** (2,5 mg por vía subcutánea al día) se recomienda al tener el perfil más favorable de seguridad y eficacia con respecto a la anticoagulación. Si el anticoagulante inicial es fondaparinux, entonces un bolo de heparina no fraccionada (85 UI / kg adaptado al tiempo de coagulación activado, o 60 UI en el caso de uso concomitante de inhibidores de la glicoproteína IIb / IIIa) se debe agregar en el momento de la ICP.
9. **Coronariografía** urgente (<2 horas) se recomienda en pacientes con riesgo isquémico muy alto (angina de pecho refractaria, con insuficiencia cardíaca asociada, arritmias ventriculares que amenazan la vida, o inestabilidad hemodinámica).
10. La prevención secundaria adecuada es de suma importancia ya que los eventos isquémicos se seguirán acumulando a un ritmo elevado tras la fase aguda.

Traducido y adaptado de Cardiosource, (Debabrata Mukherjee, M.D.)

Nuevas Guías ESC 2011 sobre SCASEST

Guías ESC para el manejo de los síndromes coronarios agudos sin elevación persistente del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) - Fecha de Publicación: 06 de septiembre 2011
Autores: Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, et al. Cita: Eur Heart J 2011; 26 de agosto: [Epub ahead of print].