

NUEVAS GUÍAS DE SÍNDROMES CORONARIOS CRÓNICOS DE LA SEC. RESUMEN DE LAS NOVEDADES MÁS RELEVANTES PARA NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 17/10/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 4 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“La inflamación se aborda con inclusión de la colchicina como tratamiento recomendado en los pacientes con síndromes coronarios crónicos”

En el [Congreso Europeo de Cardiología](#), la **Sociedad Europea de Cardiología** presentó las nuevas guías de síndromes coronarios crónicos (SCC) respaldadas por la **Asociación Europea de Cirugía Cardiorrástica (EACTS)**, lo que zanja la “crisis” abierta entre ambas sociedades como consecuencia de algunas recomendaciones sobre revascularización de las directrices previas (2019).

El nuevo documento actualiza las directrices de 2018 sobre revascularización miocárdica y las de 2019 sobre SCC. El documento está disponible en la [European Heart Journal](#).

El documento, como los otros presentados en este congreso, enfatizan en la importancia del trabajo en equipo y la toma conjunta de decisiones haciendo al paciente partícipe.

Resumimos los novedades más relevantes para nuestra práctica clínica:

CONCEPTO “Nueva definición de los síndromes coronarios crónicos”

- El concepto de isquemia miocárdica ha evolucionado en los últimos años. Ya no hablamos de una obstrucción mecánica de las arterias coronarias epicárdicas, sino de un conjunto de situaciones más complejas y dinámicas. Por ello, las nuevas directrices actualizan la definición de los síndromes coronarios crónicos, definiéndolos como aquellas presentaciones clínicas o síndromes debidos a alteraciones estructurales y/o funcionales relacionadas con enfermedades crónicas de las arterias coronarias y/o de la microcirculación coronaria, por tanto, incluyen a los pacientes con angina secundaria a enfermedad coronaria obstructiva, aquellos asintomáticos con pruebas anatómicas y/o funcionales que muestran alteraciones en la circulación coronaria, los pacientes con clínica compatible con angina sin enfermedad coronaria obstructiva y los pacientes revascularizados.

DIAGNÓSTICO “No fundamental una buena anamnesis evaluando las manifestaciones clínicas para desenmascarar los equivalentes anginosos”

- Nos recuerdan que la isquemia miocárdica puede presentarse con síntomas distintos a la opresión torácica, los llamados equivalentes [anginosos](#) y que son: el dolor torácico provocado por el estrés emocional, la disnea/fatiga/mareos al realizar esfuerzos y el dolor en ubicaciones diferentes al centro del tórax, exactamente a nivel de brazos, mandíbula, cuello o parte superior de la espalda.
- Se recomienda considerar añadir a las analíticas la PCR ultrasensible o/y el fibrinógeno (*IlaB*)
- Se mantiene el enfoque en escalones para el diagnóstico del síndrome coronario crónico planteado en las guías de 2019. Primeramente, debemos hacer una valoración pretest, es decir, previa a las pruebas para descartar/confirmar enfermedad obstructiva coronaria, mediante el modelo **clínico** ponderado por los factores de riesgo cardiovascular, añadiendo cuando sea preciso otras variables para mejorar la precisión de esta estimación probabilista, como el electrocardiograma/ecocardiograma/estudio de arterias periféricas/calcificaciones arteriales. Esta valoración pretest nos permitirá dirigir la estrategia diagnóstica. En los pacientes con un riesgo pretest bajo (5-15%) se recomienda estimar el score de calcio de las coronarias para reclasificar el riesgo.
- Según la probabilidad pretest, decidiremos las pruebas para diagnosticar/descartar la enfermedad coronaria obstructiva y estimar pronóstico, lo que orientará nuestra actitud terapéutica. Así, en los casos de probabilidad baja-moderada (5-50), se recomienda el TAC coronario (*en bajo riesgo pretest 5-15% podemos plantear la ergometría y detección de enfermedad en arterias no coronarias como alternativa al TAC*). En caso de riesgo pretest moderado alto (15-80%), se recomienda ecocardiografía de estrés, pudiendo añadir la detección vía doppler de la reserva de flujo de la arteria coronaria descendente anterior para valorar la función

microvascular y mejorar la capacidad de estimación diagnóstica/pronóstica de la prueba (*usar agentes contraste intravenosos también puede mejorar la capacidad diagnóstica/pronóstica de la prueba*). Otras opciones diferentes al eco de estrés, para establecer diagnóstico/pronóstico, con el mismo nivel de recomendación (IB), son las pruebas con imagen PET (*en su defecto SPECT*) o RNM de perfusión

- El cateterismo cardiaco invasivo percutáneo (*vía radial como primera opción*) considera la prueba de elección en los pacientes con riesgo pretest alto o en aquellos en los que las pruebas de imagen o funcionales no son concluyentes.
- El registro continuo ambulatorio del electrocardiograma se recomienda en los pacientes con sospecha de angina [vasoespástica](#).
- EL tratamiento invasivo con herramientas funcionales debe aplicarse a los pacientes con angina refractaria no secundaria a enfermedad coronaria obstructiva (**INOCA/ANOCA**)

TRATAMIENTO NO INVASIVO “Se recomienda utilizar polipildoras o tratamientos con combinaciones fijas para mejorar la adherencia terapéutica”

RECOMENDACIONES ESTILO DE VIDA

- Ejercicio físico aeróbico de al menos 150-300 minutos por semana de intensidad moderada o 75-150 minutos por semana de intensidad vigorosa.
- Se recomienda la rehabilitación cardiaca en el hogar y herramientas telemáticas de salud orientadas a la educación del paciente para reducir eventos, hospitalización y mejorar la [adherencia](#) a largo plazo.

FÁRMACOS PARA ALIVIO [SINTOMÁTICO](#)

- No se establecen fármacos de primera o segunda línea, desapareciendo el sistema terapéutico en escalones. Ahora se recomienda individualizar la terapia, aunque se recuerda que los [betabloqueantes](#), **los bloqueantes de los canales de calcio y los nitratos** son los fármacos antianginosos con mayor evidencia.
- La [ivabradina](#) **NO** se recomienda como terapia añadida en los pacientes sin IC o con fracción de eyección del ventrículo izquierdo ($FEVi \geq 40\%$). Tampoco debemos usarla en combinación con lo **calcio antagonistas no dihidropiridínicos** ni con fármacos inhibidores potentes del CYP3A4. Se puede considerar como terapia añadida en aquellos pacientes con disfunción ventricular izquierda con $FEVi < 40\%$ con control inadecuado de los síntomas.

ANTIAGREGACIÓN

- No olvidemos estimar el riesgo isquémico y el hemorrágico ([PRECISE-DAPT score](#), [ARC-HBR](#) u otros métodos validados), fundamental para establecer la duración del tratamiento doble antiagregante.

- En SCC tras una revascularización percutánea (PCI): doble **antiagregación (aspirina con clopidogrel)** durante 6 meses para la mayoría de los pacientes, pudiendo acortarse a 1-3 meses en aquellos pacientes con bajo riesgo isquémico, aunque la fortaleza de la recomendación es baja (*IIb B*), salvo que el riesgo de sangrado sea alto (IA)
- Los pacientes con SCC tras PCI con alto riesgo isquémico podrían ser tratados con doble terapia antiagregante con **aspirina** y un inhibidor P2Y12 potente (*pacientes con enfermedad principal izquierda, enfermedad en bifurcaciones, oclusiones totales crónicas y pacientes con genotipos protrombóticos genéticos conocidos*). En estos pacientes, una vez finalizado el tiempo de doble antiagregación, se puede plantear monoterapia antiagregante con clopidogrel en vez de **aspirina**. Estas recomendaciones se basan en consenso de expertos sin evidencia científica de calidad.
- La monoterapia antiagregante recomendada en SCC revascularizados o con infarto previo es la **aspirina** 70-100 mg/día, pero el **clopidogrel** 75 mg/día constituye una alternativa eficaz y segura. Los pacientes sometidos a cirugía cardiaca de revascularización coronaria deben antiagregarse con **aspirina** 75-100 mg de por vida, al igual que aquellos con SCC sin infarto previo o sin revascularización, siempre que exista enfermedad coronaria obstructiva significativa.
- En aquellos pacientes con SCC tras PCI e indicación de anticoagulación oral se recomienda suspender pronto el tratamiento con **aspirina** (≤ 1 semana) y continuar con terapia combinada de anticoagulante oral y **clopidogrel** durante 6 meses, 12 meses en pacientes con alto riesgo isquémico. El tratamiento de triple terapia con aspirina + clopidogrel + anticoagulante oral durante el primer mes seguido de la pauta de 11 meses más de doble terapia (*anticoagulante + clopidogrel*) se recomienda cuando el paciente tiene un riesgo isquémico alto que supera ampliamente el riesgo hemorrágico. Transcurrido el tiempo de doble terapia, debemos suprimir los antiagregantes y continuar con el tratamiento anticoagulante.

HIPOLIPEMIANTES

- Se recomienda el uso de estatinas de alta intensidad para alcanzar los objetivos estrictos de c-LDL (< 55 mg/dl) en **TODOS** los pacientes con SCC.
- La recomendación para los pacientes con dosis máxima tolerada de **estatinas** que en combinación con **ezetimiba** no alcanzan los objetivos terapéuticos establecidos (≤ 55 mg/dl y $\geq 50\%$ reducción basal de c-LDL) consiste en añadir **inhibidores de PCSK-9** o, con menor nivel de recomendación, el **ácido bempedoico**, un fármaco que, en este contexto, reduciría de forma discreta el c-LDL sin reducir la morbimortalidad cardiovascular demostrada (*evidentemente, todo depende del valor de c-LDL alcanzado con la doble terapia, pero en este contexto puede que el ácido bempedoico solo suponga un gasto extra para alcanzar solo un efecto “maquillaje” de los niveles de c-LDL, sin reducción relevante de la morbimortalidad CV*).
- Mencionan el **inclisiran** como terapia potente para reducir los niveles de c-LDL, pendiente de los resultados de los estudios de morbimortalidad cardiovascular que

están en marcha, aunque en base a la teoría lipídica, reducciones potentes de c-LDL se asociarían a reducciones de morbimortalidad cardiovascular, tal y como demuestran, por evaluaciones indirectas, la investigación ya publicada del **inclisiran**.

- De nuevo las guías europeas se muestran muy “tímidas” a la hora de plantear terapias intensas y potentes para alcanzar [reducciones rápidas](#) de los niveles de c-LDL, principalmente en los pacientes con riesgos cardiovasculares muy altos o extremos.

OTRAS TERAPIAS

- Se recomienda abordar la inflamación como terapia para reducir el riesgo residual con dosis bajas de [colchicina](#) (*Ila A*) de 0,5 mg/día.
- Los **iSGLT2** se recomiendan en los pacientes con DM tipo 2 y SCC, independientemente de los niveles basales de HbA1c (*IA*).
- Se recomienda la [semaglutida](#) en pacientes con obesidad o sobrepeso en pacientes con SCC con un nivel de recomendación *Ila B*.
- Los pacientes con angina microvascular deben ser tratados con **betabloqueantes** para el control sintomático. En aquellos con angina vasoespástica debemos usar los **bloqueantes de los canales de calcio**, además de **nitratos** para prevenir recurrencias. En aquellos con disfunción endotelial se recomienda el uso de **IECAs**.
- Los pacientes con insuficiencia cardíaca con FE_{vi} reducida deben ser tratados con [sacubitrilo-valsartán](#) en vez de **IECAs/ARA II**.

TRATAMIENTO INVASIVO “Temas controvertidos son abordados con acuerdo de cirujanos y cardiólogos, pero discrepan de las recomendaciones de las guías americanas ACC/AHA”

¿QUÉ PASA CON LOS PACIENTES CON SCC Y ESTENOSIS CORONARIA PRINCIPAL IZQUIERDA SIGNIFICATIVA?

- El documento previo del año 2019 sobre SCC fue polémico debido a que la **EACTS** retiró su apoyo a las recomendaciones sobre tratamiento de pacientes con enfermedad obstructiva de la arteria coronaria principal izquierda derivado de las polémicas relacionadas con los resultados del estudio **EXCEL** (*un metaanálisis independiente posterior arrojó luz sobre el tema indicando que la revascularización quirúrgica y la percutánea no mostraban diferencias en cuanto al riesgo de muerte a los 5 años*). El documento de 2024 modifica las recomendaciones contando, ahora sí, con el respaldo de la Asociación de cirugía cardiorádica **EACTS**. Ahora se recomienda como primera opción terapéutica, en los pacientes con bajo riesgo quirúrgico, la cirugía de revascularización coronaria, por tanto, la terapia médica y la revascularización percutánea no son la opción principal. Se considera que la cirugía mejora la supervivencia respecto al tratamiento médico (*recomendación fuerte IA*) y



reduce el riesgo de infarto de miocardio espontáneo y revascularización futura respecto a la revascularización percutánea (*recomendación fuerte IA*), excepto en los pacientes con enfermedad coronaria no compleja (*medida mediante el sistema de puntaje [SYNTAX](#), con valor ≥ 22*), que se beneficiarían más de una revascularización percutánea, por ser una técnica menos invasiva (*siempre que se consiga una **revascularización completa***).

ENFERMEDAD MULTIVASO: NO HAY CONSENSO CON LAS RECOMENDACIONES AMERICANAS ACC/AHA/SCAI

- En enfermedad multivaso, la terapia a aplicar genera mucha controversia. Las guías sobre revascularización coronaria americanas presentadas en 2021 y las de SCC de 2023, basándose en los datos del estudio **ISCHEMIA**, degradó la recomendación de cirugía cardíaca de revascularización coronaria en los pacientes con enfermedad de 3 vasos y disfunción leve moderada del ventrículo izquierdo de clase I a clase IIa y aún más cuestionada en los pacientes con función ventricular izquierda normal, lo que generó la falta de respaldo de la **Asociación Americana de Cirugía Torácica (AATS)** y la **Sociedad de Cirugía Torácica (STS)**. En cambio, el documento europeo 2024 considera como recomendación indiscutible (*clase IA*) la revascularización quirúrgica miocárdica para mejorar la supervivencia y reducir la mortalidad a largo plazo en los pacientes con enfermedad de 3 vasos significativa y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (*FEVi*) $\geq 35\%$, también para aquellos pacientes con *FEVi* $<35\%$ que sean elegibles quirúrgicamente. La recomendación se basa en los datos del estudio **ISCHEMIA-EXTEND** y en un metaanálisis reciente que respalda la reducción de la mortalidad cardiovascular a largo plazo, a expensas de una reducción de los infartos miocárdicos espontáneos.

NOVEDADES GUÍAS ESC DE SCC* 2024 *SCC: Síndrome coronario crónico

“Se aborda la inflamación recomendando la determinación de PCR-US y el tratamiento con colchicina a dosis bajas”

CARPRIMARIA  **OTROS TRATAMIENTOS** 

iSGLT2 para los pacientes con DM, independientemente de los niveles basales de HbA1c, **semaglutida** para sobrepeso/obesidad y **sacubitrilo/valsartán** en vez de IECAs/ARA II para insuficiencia cardiaca reducida

8/9

Ilustración 1. La inflamación es tomada en cuenta en las recomendaciones de las nuevas guías europeas de SCC. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Guías Europeas de Síndromes Coronarios Crónicos 2024. European Heart Journal](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

Puedes acceder a ellos a través del enlace oculto en las partes del texto subrayadas, haciendo clic en ellas.