



CardioSUC
2025 41º Congreso Uruguayo
de Cardiología
El paciente en el corazón de cada decisión

Estado de la Reperfusion en el Infarto
¿Cómo mejorar los resultados en LATAM?

***¿Qué hay de nuevo en
las guías de práctica clínica
en el SCACEST?***

Prof. Dr. Ricardo Lluberas





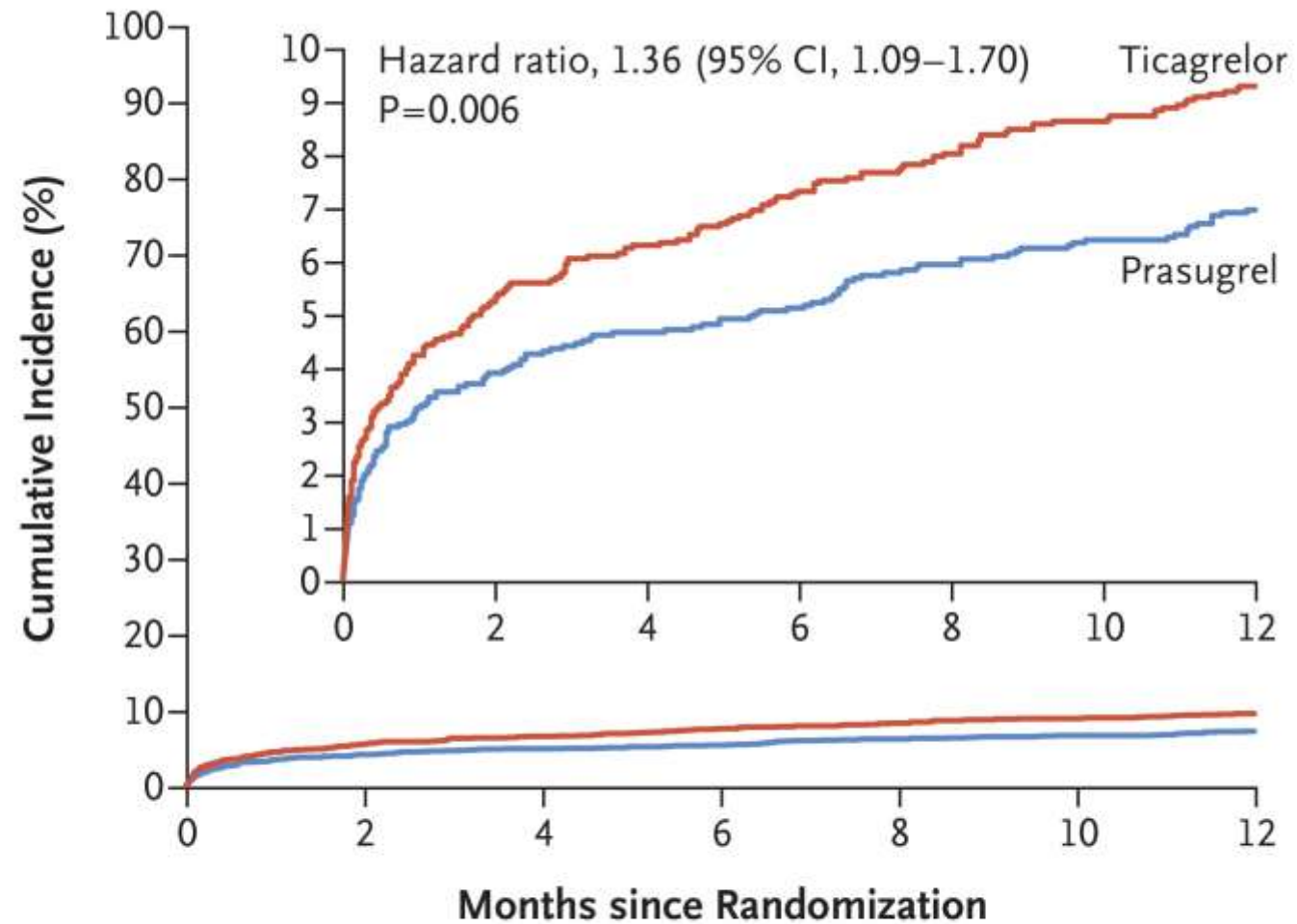
¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?

Duración de DAPT vs riesgo de sangrado (Top Take Home Message 2)

Guías 2013 STEMI, 2015 PCI, 2016 DAPT, 2021 Revasc		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Vieja recomendación	Clase	Nueva recomendación
1	En pacientes tratados con stent BMS o DES, inhibidores P2Y ₁₂ (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) deberían administrarse por al menos 12 meses	1	En pacientes sin alto riesgo de sangrado, DAPT con AAS y un inhibidor P2Y ₁₂ oral deberían administrarse por lo menos 12 meses para reducir MACE
2a	En pacientes tratados con DAPT luego de implante de stent, es razonable el uso de ticagrelor en preferencia al clopidogrel para mantener terapia de inhibición P2Y ₁₂	1	En pacientes tratados con ATC Primaria, prasugrel o ticagrelor deberían administrarse para reducir riesgo de MACE y trombosis del stent
2a	En pacientes seleccionados tratados con ATC, DAPT de corta duración (1 a 3 meses) es razonable, con subsiguiente transición a monoterapia de inhibición P2Y ₁₂ para reducir riesgo de sangrado	1	En pacientes que toleran DAPT con ticagrelor, transición a monoterapia con ticagrelor ≥ 1 mes post ATC es útil para reducir riesgo de sangrado

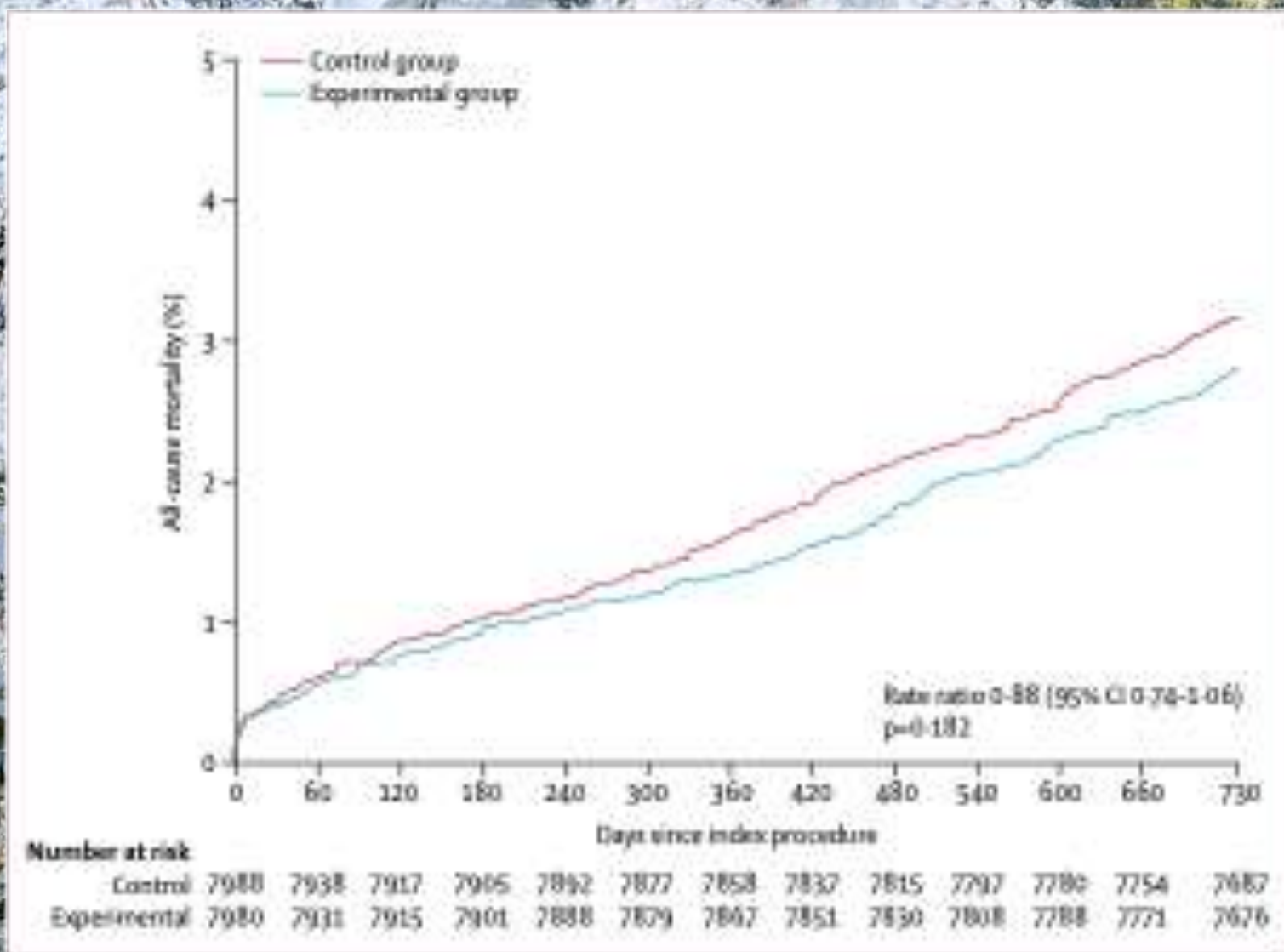
Ticagrelor vs Prasugrel en SCA ISAR-REACT 5

N Engl J Med 2019;381:1524-1534



No. at Risk

Ticagrelor	2012	1877	1857	1835	1815	1801	1722
Prasugrel	2006	1892	1877	1862	1839	1829	1803



¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?

Duración de DAPT vs riesgo de sangrado (Top Take Home Message 2)

Guías 2013 STEMI, 2015 PCI, 2016 DAPT, 2021 Revasc		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Vieja recomendación	Clase	Nueva recomendación
2b	En pacientes tratados con DAPT luego de stent DES, con alto riesgo de sangrado (ej: ACO), están en alto riesgo de complicación hemorrágica grave (ej: cirugía intracraneal mayor) o presentan sangrado manifiesto, suspensión de la terapéutica de inhibición P2Y ₁₂ luego de los 6 meses podría ser razonable	2b	En pacientes tratados con ATC con alto riesgo de sangrado, una transición a monoterapia antiplaquetaria (AAS o inhibidor P2Y ₁₂) luego de un mes podría ser razonable para reducir el riesgo de sangrado
		2b	En pacientes tratados con ATC un cambio de DAPT (ticagrelor o prasugrel a clopidogrel) luego de 1 mes podría ser razonable para reducir el riesgo de sangrado
1	La duración de la triple terapéutica antitrombótica con antagonistas de vit. K, AAS e inhibición P2Y ₁₂ en pacientes con SCAcEST debería minimizarse en lo máximo posible para reducir el riesgo de sangrado	1	En pacientes que requieren ACO, AAS debería suspenderse luego de 1 a 4 semanas de triple tratamiento antitrombótico, continuando con inhibidores P2Y ₁₂ (preferentemente clopidogrel) y ACO, para reducir el riesgo de sangrado

¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?

Duración de DAPT vs riesgo de sangrado (Top Take Home Message 2)

Guías ACS 2023 ESC		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Recomendación ESC	Clase	Recomendación ACC/AHA
1	En todos los pacientes, se recomiendan inhibidores P2Y ₁₂ en adición a AAS, dado como una dosis carga seguida como dosis de mantenimiento por 12 meses, a no ser que haya alto riesgo de sangrado	1	En pacientes sin alto riesgo de sangrado, DAPT con AAS y un inhibidor P2Y ₁₂ oral deberían administrarse por lo menos 12 meses para reducir MACE
1	En pacientes tratados con ATC sin tratamiento previo de inhibición P2Y ₁₂ , se recomienda prasugrel como alternativa de elección	1	En pacientes tratados con ATC Primaria, prasugrel o ticagrelor deberían administrarse para reducir riesgo de MACE y trombosis del stent
2a	Prasugrel debería considerarse en preferencia a ticagrelor para pacientes con ACS tratados con ATC	1	En pacientes tratados con ATC Primaria, prasugrel o ticagrelor deberían administrarse para reducir riesgo de MACE y trombosis del stent

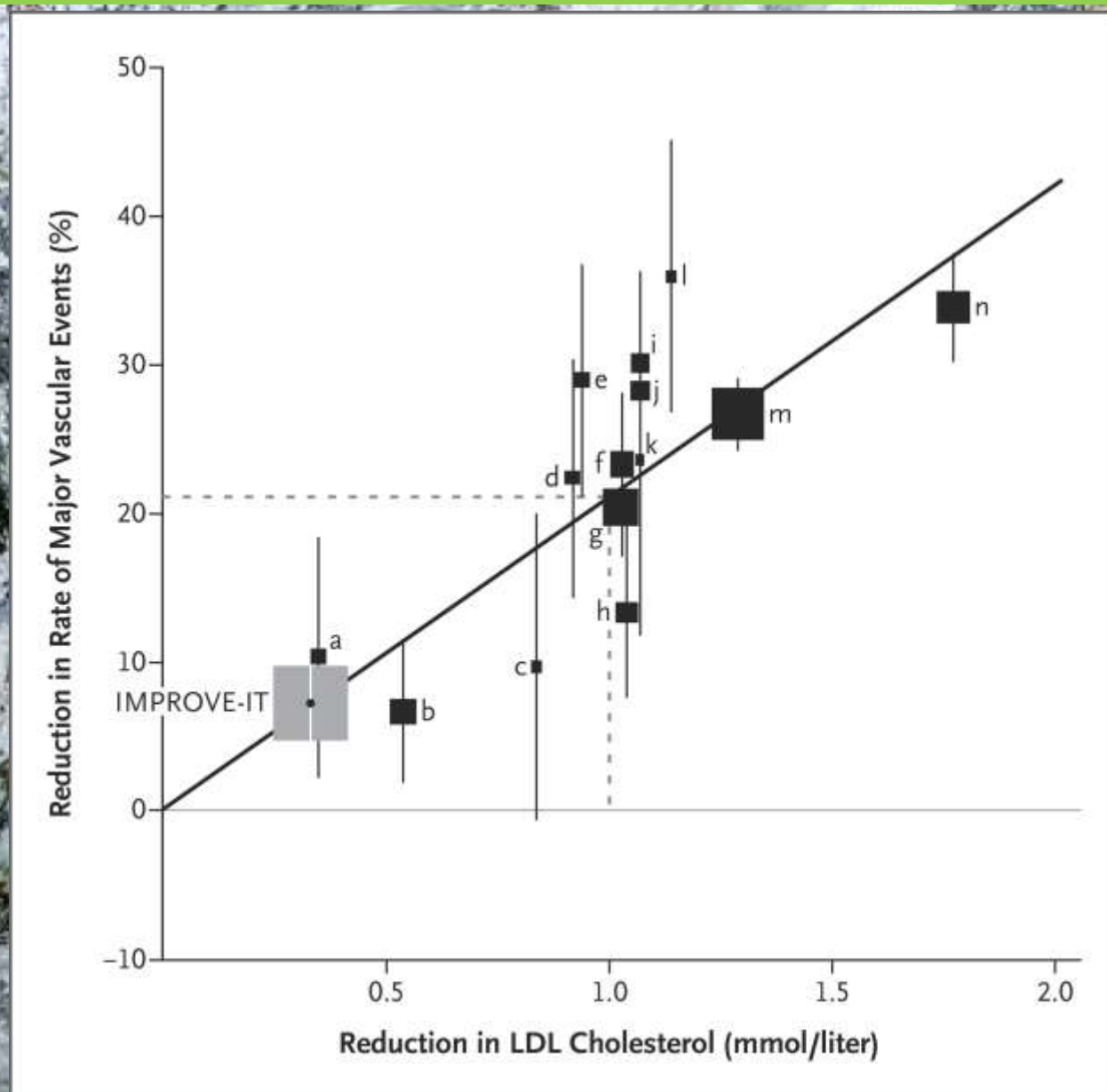
¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?

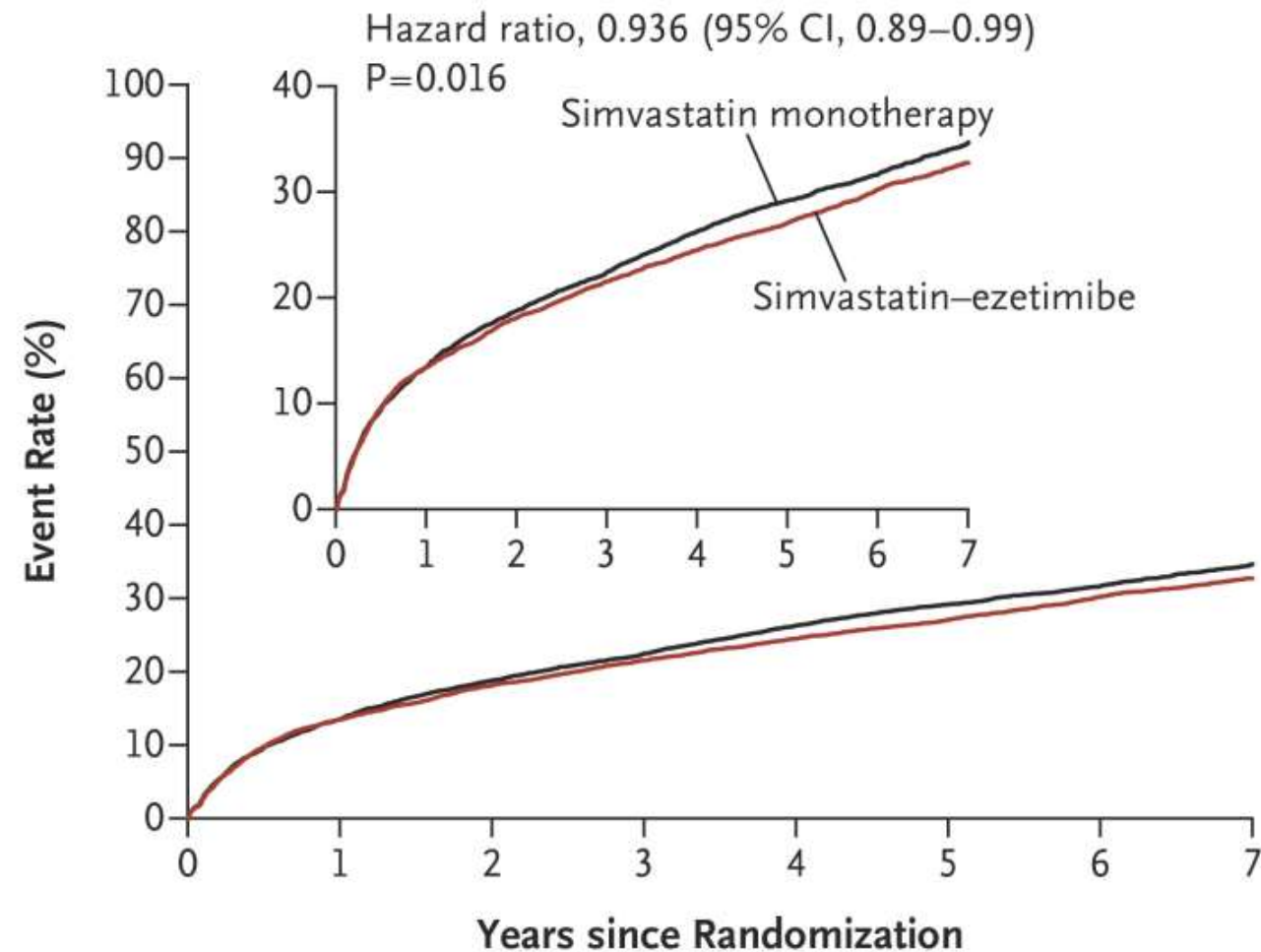
Agentes hipolipemiantes (Top Take Home Message 3)

Guías 2013 STEMI, 2015 PCI, 2016 DAPT, 2021 Revasc		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Vieja recomendación	Clase	Nueva recomendación
1	Altas dosis de estatinas deberían iniciarse o continuarse si no hay contraindicación	1	Altas dosis de estatinas se recomiendan para reducir el riesgo de MACE
		1	En pacientes con máximas dosis de estatinas con $LDL \geq 70$ mg/dl, se recomienda agregar otro hipolipemiante para mayor reducción del riesgo de MACE
		1	En pacientes con intolerancia a estatinas se recomienda otro hipolipemiante para reducir LDL y el riesgo de MACE
		2a	En pacientes con máximas dosis de estatinas con LDL 55 a 69 mg/dl es razonable agregar otro hipolipemiante para reducir el riesgo de MACE
		2b	Puede considerarse inicio de ezetimibe asociado a dosis máximas de estatinas para reducir el riesgo de MACE

Reducción de LDL y tasa de eventos CV mayores

N Engl J Med 2015;372:2387-2397





No. at Risk

Simvastatin-ezetimibe	9067	7371	6801	6375	5839	4284	3301	1906
Simvastatin	9077	7455	6799	6327	5729	4206	3284	1857

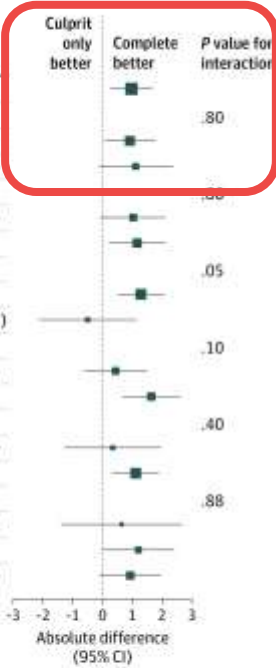
¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?
Estrategia de revascularización (Top Take Home Message 6)

Guías 2013 STEMI, 2015 PCI, 2016 DAPT, 2021 Revasc		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Vieja recomendación	Clase	Nueva recomendación
1	En pacientes hemodinámicamente estables con MVD, luego de ATC Primaria exitosa, se recomienda ATC escalonada de las lesiones no culpables para reducir riesgo de muerte o IM	1	En pacientes hemodinámicamente estables con MVD, luego de ATC Primaria exitosa, se recomienda ATC de las lesiones no culpables para reducir riesgo de muerte o IM y mejorar la calidad de vida vinculada a angina
2b	En pacientes hemodinámicamente estables con MVD, ATC de las lesiones no culpables podría considerarse tanto simultáneamente a la ATC Primaria como en forma escalonada	2b	En pacientes hemodinámicamente estables con MVD de baja complejidad (no quirúrgicos), ATC de las lesiones no culpables simultáneamente a la ATC Primaria podría ser preferida a una forma escalonada para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares
3	En pacientes con shock cardiogénico, ATC rutinaria de arterias no culpables no debería realizarse simultáneamente a ATC Primaria por mayor riesgo de muerte o insuficiencia renal	3	En pacientes con shock cardiogénico, ATC rutinaria de arterias no culpables no debería realizarse simultáneamente a ATC Primaria por mayor riesgo de muerte o insuficiencia renal

COMPLETE Trial
Calidad de vida
JAMA Cardiol 2022
Sep 21;7(11):1091–1099

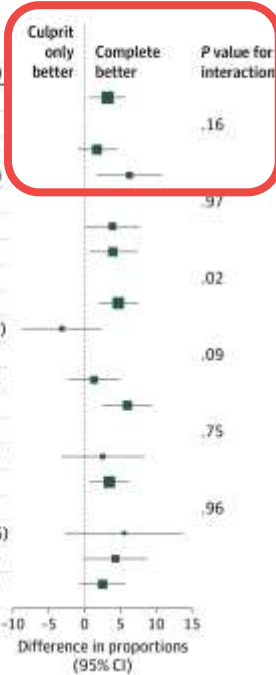
A Seattle Angina Questionnaire angina frequency score

Subgroup	Score at 3 y				Change from baseline				Absolute difference (95% CI)
	Complete		Culprit only		Complete		Culprit only		
	Total No.	Mean (SD)	Total No.	Mean (SD)	Total No.	Mean (SD)	Total No.	Mean (SD)	
Overall	1666	97.1 (9.7)	1632	96.2 (10.9)	1587	9.8 (18.9)	1572	8.6 (19.9)	0.97 (0.27 to 1.67)
Intent to perform nonculprit lesion PCI									
During initial hospitalization	1132	97.5 (8.7)	1120	96.7 (10.4)	1072	10.0 (18.7)	1074	9.2 (19.9)	0.91 (0.07 to 1.76)
After initial hospitalization	534	96.4 (11.4)	512	95.4 (11.8)	515	9.2 (19.5)	498	7.3 (19.7)	1.11 (-0.13 to 2.35)
Proximal/mid LAD nonculprit stenosis									
Presence	700	97.2 (9.9)	686	96.1 (11.2)	670	9.0 (18.5)	663	8.7 (20.0)	1.03 (-0.05 to 2.11)
Absence	894	97.3 (9.3)	882	96.3 (10.8)	853	10.2 (18.8)	846	8.5 (20.1)	1.16 (0.21 to 2.11)
Nonculprit stenosis severity ≥80% visual or ≥60% core laboratory									
Presence	1379	97.2 (9.6)	1313	96.0 (11.1)	1311	9.7 (18.6)	1267	8.9 (20.5)	1.29 (0.51 to 2.06)
Absence	285	96.8 (10.4)	318	97.5 (9.6)	274	9.9 (20.4)	304	7.4 (16.9)	-0.50 (-2.14 to 1.13)
Residual SYNTAX score									
<6 (Median)	730	97.3 (9.1)	710	96.9 (9.6)	693	10.1 (18.4)	682	8.4 (19.0)	0.44 (-0.62 to 1.49)
≥6 (Median)	865	97.2 (9.9)	863	95.7 (11.9)	831	9.3 (18.9)	831	8.7 (20.8)	1.63 (0.67 to 2.60)
Diabetes									
Yes	304	96.5 (11.6)	316	96.5 (10.3)	291	10.5 (19.7)	307	10.0 (20.4)	0.34 (-1.27 to 1.96)
No	1362	97.3 (9.2)	1316	96.2 (11.1)	1296	9.6 (18.8)	1265	8.3 (19.7)	1.12 (0.34 to 1.89)
Angina frequency at baseline									
Daily/weekly	203	94.0 (15.4)	193	93.5 (14.4)	203	43.4 (21.3)	193	44.6 (21.1)	0.64 (-1.38 to 2.67)
Monthly	598	96.7 (10.2)	563	95.6 (12.1)	598	13.6 (12.2)	563	12.7 (13.7)	1.21 (0.02 to 2.39)
None	786	98.1 (7.4)	816	97.3 (8.9)	786	-1.9 (7.4)	816	-2.7 (8.9)	0.93 (-0.08 to 1.94)



B Proportion angina free at study end

Subgroup	No. of events/total No. (%)		Difference in proportions (95% CI)
	Complete	Culprit only	
Overall	1457/1666 (87.5)	1376/1632 (84.3)	3.21 (0.69 to 5.73)
Intent to perform nonculprit lesion PCI			
During initial hospitalization	997/1132 (88.1)	967/1120 (86.3)	1.73 (-1.02 to 4.49)
After initial hospitalization	460/534 (86.1)	409/512 (79.9)	6.26 (1.72 to 10.80)
Proximal/mid LAD nonculprit stenosis			
Presence	616/700 (88.0)	577/686 (84.1)	3.90 (0.13 to 7.67)
Absence	789/894 (88.3)	747/882 (84.7)	3.96 (0.61 to 7.30)
Nonculprit stenosis severity ≥80% visual or ≥60% core laboratory			
Presence	1210/1379 (87.7)	1093/1313 (83.2)	4.71 (1.95 to 7.48)
Absence	245/285 (86.0)	283/318 (89.0)	-3.16 (-8.69 to 2.37)
Residual SYNTAX score			
<6 (Median)	641/730 (87.8)	615/710 (86.6)	1.32 (-2.28 to 4.92)
≥6 (Median)	765/865 (88.4)	714/863 (82.7)	6.01 (2.56 to 9.45)
Diabetes			
Yes	264/304 (86.8)	267/316 (84.5)	2.53 (-3.26 to 8.32)
No	1193/1362 (87.6)	1109/1316 (84.3)	3.47 (0.74 to 6.20)
Angina frequency at baseline			
Daily/weekly	167/203 (82.3)	149/193 (77.2)	5.55 (-2.66 to 13.76)
Monthly	508/598 (84.9)	454/563 (80.6)	4.32 (-0.16 to 8.79)
None	710/786 (90.3)	718/816 (88.0)	2.52 (-0.65 to 5.70)



¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?
Estrategia de revascularización (evaluación intravascular)

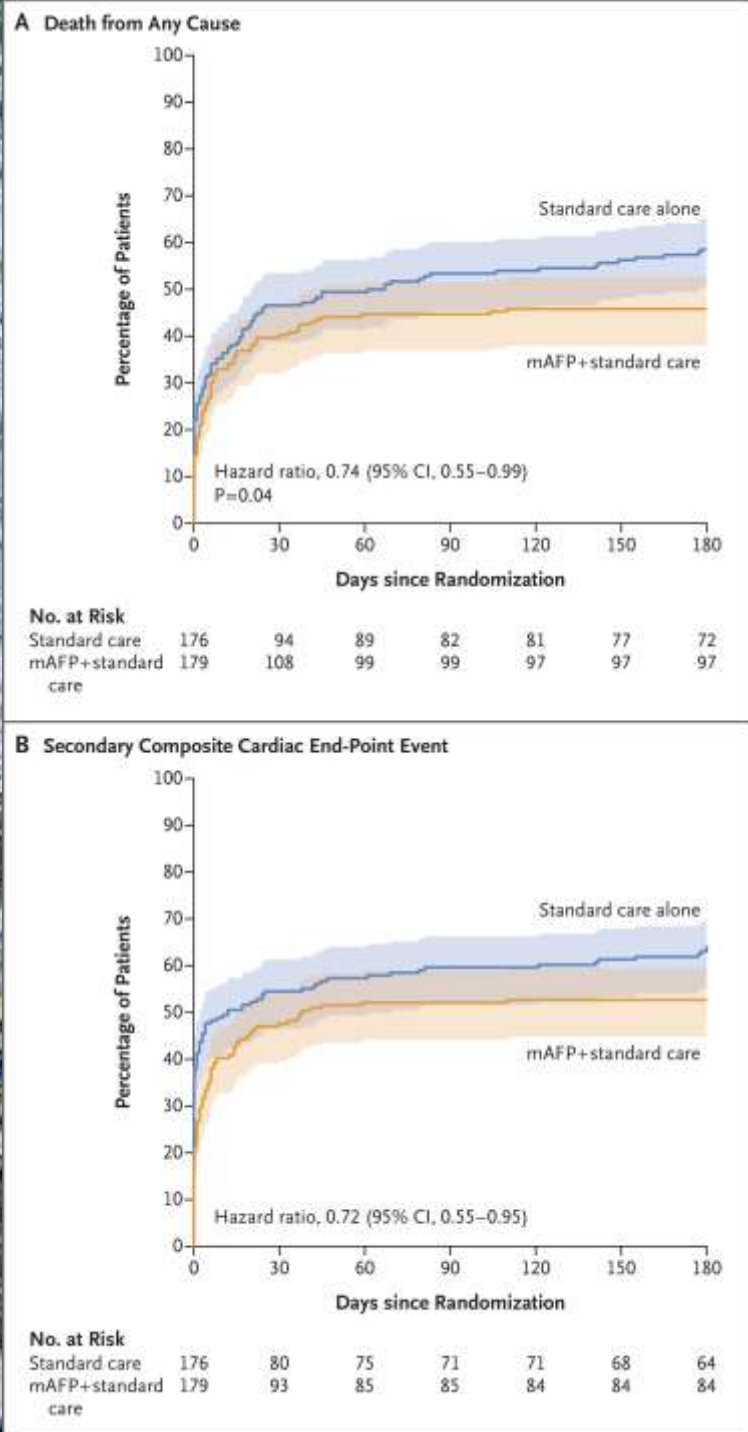
Guías 2013 STEMI, 2015 PCI, 2016 DAPT, 2021 Revasc		Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Clase	Vieja recomendación	Clase	Nueva recomendación
2a	En pacientes tratados con Stent, IVUS puede ser útil para guiar el procedimiento, particularmente en casos de Tronco de CI o lesiones complejas, para reducir eventos isquémicos.	1	En pacientes tratados con Stent en casos de Tronco de CI o lesiones complejas, imagen intracoronaria con IVUS u OCT, se recomienda para guiar el procedimiento para reducir eventos isquémicos.
2a	En pacientes tratados con Stent, OCT es una alternativa razonable al IVUS, excepto en lesión ostial de TVI		

¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?
Microaxial Flow Pump (Top Take Home Message 7)

Guías 2013 STEMI, 2015 PCI,2016 DAPT,2021 Revasc	Guías 2025 SCA ACC/AHA	
Vieja recomendación	Clase	Recomendación ACC/AHA
No hay una recomendación que se corresponda	2a	Basado en un trial, el uso de en pacientes seleccionados con shock cardiogénico del Microaxial Flow Pump es razonable para la reducción de muerte. Sin embargo, complicaciones como sangrado, isquemia de MMI y falla renal son mayores con el uso de Microaxial Flow Pump. Por lo tanto, es importante el cuidado especial del acceso vascular para un apropiado balance de los riesgos y beneficios.

DanGer Shock Trial

N Engl J Med 2024;390:1382-93



Conclusiones

- **DAPT está indicado por al menos 12 meses si no hay riesgo de sangrado.**
- **Ticagrelor o prasugrel se recomienda en preferencia al clopidogrel para el DAPT en los pacientes tratados con PCI**
- **Varias estrategias se plantean para reducir el riesgo de sangrado**
 - **Si se tolera DAPT con ticagrelor, se recomienda monoterapia con ticagrelor luego del mes de PCI**
 - **En pacientes que requieren ACO, se recomienda suspender AAS 1 a 4 semanas luego de PCI, continuando con un inhibidor P2Y₁₂ (de preferencia clopidogrel)**

Conclusiones

- **Estatinas a altas dosis se recomiendan para todos los pacientes, con la opción de iniciar en forma concomitante el ezetimibe**
- **Un hipolipemiante no estatínico (ej: ezetimibe, evolocumab, alirocumab, inclisiran, ácido bempedoico) se recomienda en pacientes ya tratados con estatinas a dosis altas y que tienen $LDL \geq 70$ mg/dl y es razonable si LDL entre 55 y 69 mg/ml**

Conclusiones

- **En MVD se recomienda revascularización completa que puede ser realizada en el mismo procedimiento o en diferido (con cierta preferencia por lo primero)**
- **No se recomienda revascularización completa de rutina en el mismo acto en el shock cardiogénico**
- **Se recomienda imagen intravascular (IVUS u OCT) en stent de TCI o lesiones complejas**
- **Es razonable Microaxial Flow Pump en pacientes con shock cardiogénico**

¿Qué hay de nuevo en las guías de práctica clínica en el SCAcEST?

Muchas gracias
por su atención