

ASOCIACION GREMIAL CRITICAL UCI GROUP
ACTA GUIA #11
Bogota, Junio 22 de 2023

Documento de consenso Guia #11 Manejo en Uci del síndrome coronario agudo con y sin supra desnivel del ST

Equipo Revisor:

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coodinador UCI Clinicas CAFAM, Coordinador UCI Clinica Palermo.

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coodinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Luis Escovar Barreto – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctor: Edward Blanco – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctora: Angela Marela Sosa Baez – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctora: Isabella Ruiz Garcia – Medico General - Residente

Metodología de la revisión:

El documento fue enviado a los expertos junto con formato de evaluación para puntaje AGREEII. El equipo revisor consideró que la guía puede ser implementada en la unidad de

cuidados intensivos con modificaciones. Se llevó a cabo discusión de los puntos y se presenta a continuación

ADAPTACIÓN INSTITUCIONAL DE LAS GUÍAS

Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes sin elevación persistente del segmento ST.

Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST

Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST

OBJETIVO: Estandarizar de pautas clínicas de abordaje preventivo, diagnóstico o terapéutico para Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del segmento ST y con elevación del segmento ST, por medio de la adaptación de guías de práctica clínica que orienten a la acción y definan un proceder para el equipo de salud del grupo CRITICAL CARE en su componente hospitalario en el hospital De San José, Hospital Universitario de San José Infantil, Clínicas Cafam, Clínica Palermo.

ALCANCE: Aplica a todos los colaboradores del GRUPO CRITICAL CARE en las unidades hospitalarias para los colaboradores que contemple cada guía de práctica clínica, para su respectiva intervención con el paciente.

Evidencia:

Nivel de evidencia A	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metanálisis
----------------------	---

Nivel de evidencia B	Datos procedentes de un único ensayo clínico aleatorizado o grandes estudios no aleatorizados
Nivel de evidencia C	Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros

Recomendaciones:

Clase I	Evidencia y/o acuerdo general de que determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento en beneficioso, útil y efectivo	Se recomienda/ está indicado
Clase II	Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento	
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia	Se debe recomendar
Clase IIb	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión	Se puede recomendar
Clase III	Evidencia o acuerdo general de que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial	No se recomienda

Definiciones:

El espectro clínico de los síndromes coronarios agudos (SCA) es muy amplio e incluye desde la parada cardíaca, la inestabilidad eléctrica hemodinámica con shock cardiogénico causado por isquemia o complicaciones mecánicas, como la insuficiencia mitral (IM) grave, hasta pacientes cuyo dolor torácico ya ha desaparecido cuando llegan al hospital.

El síntoma principal que pone en marcha el proceso diagnóstico y terapéutico de los pacientes con sospecha de SCA es el dolor torácico, descrito como dolor, presión o pesadez y quemazón; otros síntomas equivalentes al dolor torácico son la disnea, el dolor epigástrico y

el dolor que irradia hacia el brazo izquierdo. Basándose en el electrocardiograma (ECG), se puede diferenciar 2 grupos de pacientes:

1- Pacientes con dolor torácico agudo y elevación persistente (> 20 min) del segmento ST. Esta entidad se denomina SCA con elevación del segmento ST y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total o subtotal. La mayoría de estos pacientes sufrirán, en último término, un infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

En estos casos, el objetivo del tratamiento es la reperfusión inmediata mediante una intervención coronaria percutánea (ICP) o, si no es posible realizarla en un plazo adecuado, mediante el tratamiento fibrinolítico.

2- Pacientes con dolor torácico agudo, pero sin elevación persistente del segmento ST (SCASEST), y cambios electrocardiográficos como la elevación transitoria del segmento ST, la depresión transitoria o persistente del segmento ST, la inversión de las ondas T, ondas T planas o pseudo normalización de las ondas T, aunque el ECG puede ser normal.

La correlación patológica en el miocardio es la necrosis de cardiomiocitos (IAMSEST) o, menos frecuentemente, la isquemia miocárdica sin daño celular (angina inestable).

Un pequeño porcentaje de pacientes pueden sufrir isquemia miocárdica caracterizada por uno o más de los siguientes síntomas: dolor torácico persistente o recurrente, depresión significativa del segmento ST en el ECG de 12 derivaciones, insuficiencia cardíaca (IC) e inestabilidad hemodinámica o eléctrica¹. Debido a la cantidad de miocardio en riesgo y el riesgo de shock cardiógeno o arritmias ventriculares potencialmente mortales, está indicada la coronariografía inmediata y, si procede, revascularización.

Definición universal del infarto de miocardio

El infarto agudo de miocardio (IAM) se define como la necrosis de cardiomiocitos en un contexto clínico consistente con isquemia miocárdica aguda². El diagnóstico de IAM requiere que se cumpla una combinación de criterios, entre ellos, la detección de un aumento o una disminución de un biomarcador cardíaco, preferiblemente troponina cardíaca de alta sensibilidad (hs-cTn) con al menos un valor por encima del percentil 99 del límite superior de lo normal, y al menos uno de los siguientes parámetros:

- Síntomas de isquemia miocárdica.
- Nuevos cambios indicativos de isquemia en el ECG.
- Aparición de ondas Q patológicas en el ECG.
- Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o una nueva anomalía regional en la motilidad de la pared coherente con un patrón de etiología isquémica.
- Detección de un trombo coronario mediante angiografía o autopsia.

Existen diferentes tipos de infarto entre los que se encuentran:

Infarto de miocardio de tipo 1.

El infarto de miocardio de tipo 1 se caracteriza por la rotura, ulceración, fisura o erosión de una placa aterosclerótica que produce la formación de un trombo intraluminal en una o más arterias coronarias, con la consiguiente reducción del flujo miocárdico o embolización distal y la ulterior necrosis miocárdica. Los pacientes pueden presentar enfermedad coronaria (EC) subyacente grave, pero en algunas ocasiones (un 5-10% de los casos) puede tratarse de

aterosclerosis coronaria no obstructiva o que no haya evidencia angiográfica de EC, especialmente en mujeres 1,3–5.

Infarto de miocardio de tipo 2.

El IM de tipo 2 es la necrosis miocárdica producida por una entidad distinta de la inestabilidad de la placa coronaria que contribuye al desajuste entre el aporte y la demanda miocárdica de oxígeno 3. Entre sus mecanismos se incluyen la hipotensión, la hipertensión, las taquiarritmias, las bradiarritmias, la anemia, la hipoxemia, el espasmo arterial coronario, la disección arterial coronaria espontánea, la embolia coronaria y la disfunción microvascular 6–8.

Infarto de miocardio de tipos 3

La definición universal de infarto de miocardio incluye además el tipo 3, que se define como el infarto de miocardio con desenlace mortal cuando no se dispone de biomarcadores

Infarto de miocardio de tipo 4 y 5, que se relacionan con la ICP y la cirugía de revascularización coronaria (CABG) respectivamente 3.

Como diagnóstico diferencial se cuenta con la angina inestable la cual se define como la isquemia miocárdica en reposo o con mínimo esfuerzo en ausencia de daño agudo o necrosis de cardiomiocitos.

Entre pacientes no seleccionados con sospecha de SCASEST ingresados en el servicio de urgencias, la introducción de las determinaciones de hs-cTn, en lugar de las determinaciones estándar, resultó en un aumento de la detección de infartos de miocardio (aumento absoluto de un 4% y aumento relativo del 20%) y en una disminución recíproca del diagnóstico de angina inestable 9–13. Comparados con los pacientes con IAMSEST, los pacientes con angina inestable no presentan daño o necrosis de cardiomiocitos, tienen un riesgo de muerte sustancialmente menor y obtienen menos beneficios del tratamiento antiagregante plaquetario intensivo y del tratamiento invasivo en las primeras 72 horas 1,3–5,9–19.

Se realizará las siguientes medidas según el consenso de expertos (Coordinador Dr Mario Gomez, Intensivistas Dr Edgarl Beltran, Dr. Mario Villabon, Dr Daniel Molano, Dr. Ronal Medina, Dra Angela Sosa, Dr Edwar Blanco, Dr. Luis Escovar) de la unidad de cuidados intensivo y el nivel de evidencia a pacientes admitidos en Hospital San José, Hospital San José Infantil, C en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento st y con elevación del segmento st

Diagnóstico y estratificación del riesgo

- Se recomienda que el diagnóstico y la estratificación inicial del riesgo a corto plazo se base en la historia clínica, los síntomas, los signos vitales, otros hallazgos físicos, ECG y resultados de laboratorio, troponina cardiaca de alta sensibilidad
- CLASE I NIVEL B Se recomienda determinar las troponinas cardiacas con pruebas de alta sensibilidad inmediatamente después del ingreso y tener los resultados en los primeros 60 min tras la obtención de la muestra de sangre

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda realizar un ECG de 12 derivaciones durante los primeros 10 min del primer contacto médico; el ECG debe ser interpretado inmediatamente por un médico con experiencia

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda realizar un ECG de 12 derivaciones adicional en caso de síntomas recurrentes o diagnóstico incierto

CLASE I NIVEL C

- Se recomienda usar el algoritmo de 0 h/1 h de la ESC con la obtención de muestras de sangre a las 0 h y 1 h si está disponible la determinación de hs-cTn con un algoritmo validado de 0 h/1 h

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda una prueba adicional después de 3 h si las primeras 2 determinaciones de troponina cardiaca del algoritmo 0 h/1 h no son concluyentes y la condición clínica sigue siendo indicativa de SCA

CLASE I NIVEL B

- Como alternativa al algoritmo de 0 h/1 h de la ESC, se recomienda el algoritmo de 0 h/2 h con obtención de muestras de sangre a las 0 h y 2 h si está disponible la determinación de hs-cTn con un algoritmo de 0 h/2 h validado

CLASE I NIVEL B

Se recomienda utilizar derivaciones electrocardiográficas adicionales (V3R, V4R, V7-V9) si se sospecha isquemia y las derivaciones estándar no son concluyentes

CLASE I NIVEL C

- No se recomienda la determinación sistemática de biomarcadores como PUAG-C o copeptina además de hs-cTn para el diagnóstico inicial

CLASE III NIVEL B

Pruebas de imagen

- La ecocardiografía, se considerara por el médico tratante después del ECG de 12 derivaciones para pacientes post parada cardíaca, inestabilidad hemodinámica (requerimiento de soporte vasoactivo) sospecha de complicaciones mecánica y/o taponamiento cardiaco de origen probablemente cardiovascular en busca de etiología.

CLASE I NIVEL C

- Para pacientes sin dolor torácico recurrente, con hallazgos electrocardiográficos normales y cifras de troponina (preferiblemente de alta sensibilidad) normales, se llevará algoritmo de angina inestable.

CLASE I

- Se recomienda la ecocardiografía en pacientes que presentes cuadro de signos y síntomas compatibles con falla cardíaca descompensada, para evaluar la función regional y global del VI el cual se realizará según indicación del médico tratante

CLASE I

- Está recomendada la ATC como alternativa a la ACI para descartar el SCA cuando la probabilidad de EC sea baja-intermedia y cuando la troponina cardíaca o el ECG sean normales o no concluyentes donde el riesgo de arteriografía sea mayor que el beneficio

CLASE I NIVEL A

Monitorización

- Está recomendada la monitorización continua del ritmo hasta que se establezca o se descarte el diagnóstico de IAMSEST

CLASE I NIVEL C

- Está recomendado ingresar a los pacientes con IAMSEST en una unidad con monitorización

CLASE I NIVEL C

- Está recomendada la monitorización del ritmo hasta 24 h o ICP (lo que suceda antes) para los pacientes con IAMSEST o IAMCEST y riesgo bajo de arritmias cardíacas

CLASE I NIVEL C

- Está recomendada la monitorización del ritmo durante más de 24 h en pacientes con IAMSEST o IAMCEST y riesgo de arritmias cardíacas aumentado

CLASE I NIVEL C

Recomendaciones sobre la determinación de biomarcadores para la estimación del pronóstico

- Aparte de su utilidad diagnóstica, las determinaciones seriadas de hs-cTn están recomendadas para la estimación del pronóstico en todos los paciente se debe realizar escala GRACE

CLASE I NIVEL B

- No está recomendada la determinación de biomarcadores adicionales, como la fracción media del péptido natriurético tipo A, la proteína C reactiva de alta sensibilidad, la fracción media de la proadrenomedulina, GDF-15, copeptina y PUAG-C, para la evaluación sistemática del riesgo y la estimación del pronóstico

CLASE III NIVEL B

- No se recomienda el uso sistemático de oxígeno para pacientes con $\text{SaO}_2 \geq 90\%$

CLASE III NIVEL B

Recomendaciones sobre el tratamiento antitrombótico de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación ST que se someten a intervención coronaria percutánea

Tratamiento antiagregante plaquetario

- El AAS está recomendado para todos los pacientes sin contraindicaciones a una dosis oral de carga de 300 mg seguida de 100 mg/día para el tratamiento a largo plazo

CLASE I NIVEL A

- Está recomendada la administración de un inhibidor del P2Y₁₂, además de AAS, durante 12 meses, excepto en caso de contraindicaciones o riesgo hemorrágico excesivo

CLASE I NIVEL A

Las opciones son:

- Prasugrel para pacientes no tratados con un inhibidor del P2Y₁₂ que se someten a ICP (dosis de carga de 60 mg seguida de 10mg/día como dosis estándar o 5 mg/día para pacientes de edad ≥ 75 años o con peso corporal < 60 kg)

CLASE I NIVEL B

- Ticagrelor independientemente de la estrategia de tratamiento (invasiva o conservadora) (dosis de carga de 180 mg seguida de 90 mg 2 veces al día)

CLASE I NIVEL B

- Clopidogrel (dosis de carga de 300-600 mg seguida de 75 mg/día) solo cuando el prasugrel o el ticagrelor no estén disponibles, no se toleren o estén contraindicados

CLASE I NIVEL C

- No se recomienda el tratamiento con un inhibidor de la GPIIb/IIIa para pacientes con anatomía coronaria desconocida

CLASE III NIVEL A

- No se recomienda la administración sistemática de pretratamiento con un inhibidor del P2Y12 cuando se planifica una estrategia invasiva temprana para pacientes con anatomía coronaria desconocida

CLASE III NIVEL A

Tratamiento anticoagulante periprocedimiento

- Está recomendada la anticoagulación parenteral, además del tratamiento antiagregante plaquetario, para todos los pacientes en el momento del diagnóstico y, especialmente, durante los procedimientos de revascularización según los riesgos isquémico y hemorrágico

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda seleccionar la anticoagulación según los riesgos isquémicos y hemorrágico, además del perfil de eficacia y seguridad del fármaco elegido

CLASE I NIVEL C

- No está recomendado el cambio de HNF a HBPM

CLASE III NIVEL B

Recomendaciones sobre el tratamiento tras el procedimiento y a largo plazo para pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación ST

- Se recomienda la administración i.v. o sublingual de nitratos y el tratamiento precoz con bloqueadores beta para los pacientes con síntomas isquémicos si no hay contraindicaciones

CLASE I NIVEL C

- Se recomienda continuar el tratamiento con bloqueadores beta, excepto en los casos de insuficiencia cardíaca manifiesta

CLASE I NIVEL C

- Se recomiendan los nitratos i.v. para pacientes con hipertensión incontrolada o signos de insuficiencia cardíaca

CLASE I NIVEL C

Recomendaciones sobre el tratamiento combinado antiagregante plaquetario y anticoagulante para pacientes con síndrome coronario agudo que requieren anticoagulación oral

- Se recomienda la prevención del ictus para pacientes con FA y al menos 1 factor de riesgo CHA2DS2-VASc no relacionado con el sexo (puntuación 1 los varones y 2 las mujeres). Para los pacientes con 2 o más factores de riesgo CHA2DS2-VASc no relacionados con el sexo, se recomienda la ACO

CLASE I NIVEL A

Pacientes sometidos a implante de stents
Anticoagulación

- Durante la ICP se recomienda la anticoagulación parenteral adicional, independientemente de la hora de la última dosis de NACO y si la INR es $< 2,5$ para los pacientes tratados con AVK

CLASE I NIVEL C

- Se recomienda en pacientes con SCACEST la anticoagulación para los pacientes tratados con fibrinólisis hasta la revascularización (si tiene lugar) o hasta 8 días de estancia hospitalaria. El fármaco anticoagulante puede ser

CLASE I NIVEL A

- Enoxaparina i.v. seguida de s.c. (preferida en lugar de HNF) SCACEST con tasa renal preservada.

CLASE I NIVEL A

- Bolo i.v. de HNF ajustado al peso, seguido de infusión SCACEST que presente lesión renal crónica con tasa de filtración glomerular menor de 30 ml/min.

CLASE I NIVEL B

Tratamiento antiagregante plaquetario

- Para pacientes con FA y una puntuación CHA2DS2-VASc 1 los varones y 2 las mujeres, tras un periodo corto de TAT (hasta 1 semana desde el evento agudo), se recomienda el TAD como estrategia estándar con un NACO a la dosis recomendada para la prevención del ictus y un antiagregante plaquetario oral (preferiblemente clopidogrel)

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda la administración periprocedimiento de TAPD con AAS y clopidogrel hasta 1 semana

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda interrumpir después de 12 meses el tratamiento antiagregante plaquetario de los pacientes tratados con un anticoagulante

CLASE I NIVEL B

- No se recomiendan el ticagrelor o el prasugrel como parte del TAT

CLASE III NIVEL C

Recomendaciones sobre revascularización coronaria

Momento adecuado para la estrategia invasiva

- Se recomienda la estrategia de ICP primaria para pacientes reanimados de una parada cardíaca y con ECG compatible con IAMCEST

CLASE I NIVEL A

- El tratamiento de reperfusión está indicado para todo paciente con síntomas de isquemia de duración ≤ 12 h y elevación persistente del segmento ST

CLASE I NIVEL A

- Si la ICP primaria no se puede realizar en el momento adecuado tras el diagnóstico de IAMCEST, se recomienda el tratamiento fibrinolítico en las primeras 12 h de la presentación de los síntomas en pacientes sin contraindicaciones

CLASE I NIVEL A

- Para pacientes asintomáticos con SCACEST, la ICP sistemática de una ARI ocluida > 48 h desde el inicio de los síntomas no está indicada

CLASE III NIVEL A

- Cuando la fibrinólisis sea la estrategia de reperfusión, se recomienda iniciar este tratamiento lo antes posible tras el diagnóstico de IAMCEST, preferiblemente en el contexto prehospitalario

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda la administración de un fármaco específico de la fibrina (tenecteplasa, alteplasa o reteplasa) en SCACEST

CLASE I NIVEL A

- Está indicado trasladar a todo los pacientes CON SCASEST a un centro con capacidad de ICP inmediatamente después de la administración de fibrinólisis

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda la angiografía urgente seguida de ICP, si está indicada, para pacientes con SCACEST con insuficiencia cardíaca o shock cardiogénico

CLASE I NIVEL A

- Está indicada la ICP de rescate inmediatamente después del fracaso de la fibrinólisis en paciente con SCACEST (< 50% de resolución del segmento ST a los 60-90 min) o en cualquier momento en caso de inestabilidad hemodinámica o eléctrica o empeoramiento de la isquemia

CLASE I NIVEL A

- Se recomienda la angiografía y la ICP de la ARI (arteria responsable) en paciente con SCASEST , si procede, 2-24 h tras el éxito de la fibrinólisis

CLASE I NIVEL A

- Están indicadas la angiografía urgente y la ICP, si procede, en caso de recurrencia de la isquemia o evidencia de reoclusión tras el éxito inicial de la fibrinólisis en pacientes con SCACEST

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda una estrategia invasiva inmediata SCASEST (< 2 h) para pacientes con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo muy alto:
 - Inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico
 - Dolor torácico recurrente o refractario a tratamiento médico
 - Arritmias potencialmente mortales
 - Complicaciones mecánicas del infarto de miocardio
 - Insuficiencia cardíaca relacionada claramente con el SCASEST
 - Depresión del segmento ST > 1mm en 6 o más derivaciones, además de la elevación del segmento ST en aVR o V1

CLASE I NIVEL C

- Se recomienda una estrategia invasiva temprana SCASEST (< 24 h) para pacientes con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo alto:

Diagnóstico de IAMSEST según el algoritmo diagnóstico propuesto en la sección 3 Cambios dinámicos continuos o presumiblemente nuevos en el segmento ST/T indicativos de isquemia

Elevación transitoria del segmento ST Puntuación GRACE > 140

CLASE I NIVEL A

- Para los pacientes con riesgo bajo, se recomienda una estrategia invasiva selectiva tras la realización de pruebas de isquemia o la detección de EC obstructiva mediante ATC

CLASE I NIVEL A

Recomendaciones sobre el infarto de miocardio sin enfermedad coronaria obstructiva

- Para todos los pacientes con un diagnóstico inicial de MINOCA, se recomienda seguir un algoritmo diagnóstico que permita diferenciar este diagnóstico de otros alternativos

CLASE I NIVEL C

Recomendaciones seguimiento laboratorios

- Se recomienda toma de laboratorio de ingreso a la unidad previo procedimiento para evaluación general (hemograma, electrolitos, azoados, tiempos de coagulación)
- se sugiere seguimiento clínico de estado de perfusión del paciente con IAMSEST sin signos de insuficiencia cardiaca o shock cardiogénico
- No se realizará laboratorios de rutina, con seguimiento de función renal 48 horas y semana de cateterismo cardiaco en paciente sin signos de insuficiencia cardiaca o shock cardiogénico
- No se realizará toma de gases arteriales en paciente sin signos de insuficiencia cardiaca o shock cardiogénico

Recomendaciones para pacientes con SCASEST e insuficiencia cardiaca o shock cardiogénico

- Se recomienda una coronariografía urgente para pacientes con SCA complicado por shock cardiogénico

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda la ICP urgente de la lesión culpable para pacientes en shock cardiogénico causado por SCASEST, independientemente del tiempo transcurrido desde la presentación de los síntomas, siempre que la anatomía coronaria sea adecuada para ICP

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda la CABG urgente para los pacientes en shock cardiogénico si la anatomía coronaria no es adecuada para ICP

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda la ecocardiografía urgente para evaluar la función del VI y la función valvular y descartar complicaciones mecánicas

CLASE I NIVEL C

- En caso de inestabilidad hemodinámica, se recomienda la reparación quirúrgica o percutánea de las complicaciones mecánicas del SCA según la valoración del equipo cardiológico

CLASE I NIVEL C

- No se recomienda el empleo sistemático del BCIA para pacientes en shock cardiogénico causado por SCA y sin complicaciones mecánicas

CLASE III NIVEL B

- No se recomienda la revascularización inmediata sistemática de lesiones no culpables para los pacientes con SCASEST y enfermedad multivaso que se presentan en shock cardiogénico

CLASE III NIVEL B

Recomendaciones sobre la diabetes mellitus para pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

- Se recomienda el cribado de la diabetes en todos los pacientes con SCASEST en el que confirme enfermedad coronaria con evidencia de hiperglucemia en la unidad
- Se recomienda la monitorización y manejo frecuente de la glucemia de los pacientes con diabetes diagnosticada o hiperglucemia en el momento del ingreso

CLASE I NIVEL C

- Se debe evitar la hipoglucemia

CLASE I NIVEL B

Recomendaciones sobre la estudio de enfermedad tiroidea para pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

- Se recomienda el cribado de la enfermedad tiroidea en todos los pacientes con SCASEST en el que confirme enfermedad coronaria

Recomendaciones para pacientes con enfermedad renal crónica y síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Estratificación del riesgo en la ERC

- Se recomienda aplicar a los pacientes con ERC la misma estrategia diagnóstica y terapéutica (podría ser necesario un ajuste de la dosis) que para los pacientes con la función renal normal

CLASE I NIVEL C

- Se recomienda evaluar la función renal de todos los pacientes mediante la TFGe

CLASE I NIVEL C

- Recomendaciones para pacientes de edad avanzada con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda utilizar las mismas estrategias diagnósticas para pacientes de edad avanzada que para los más jóvenes

CLASE I NIVEL B

- Se recomienda usar las mismas estrategias intervencionistas para pacientes de edad avanzada que para los más jóvenes

CLASE I NIVEL B

- La elección del fármaco y la dosis del tratamiento antitrombótico y el tratamiento de prevención secundaria deben adaptarse a la función renal, además de tener en cuenta las contraindicaciones específicas

CLASE I NIVEL B

Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico a largo plazo tras los síndromes coronarios agudos (a excepción del tratamiento antitrombótico)

Fármacos hipolipemiantes

- Se recomienda la administración de estatinas a todos los pacientes con SCASEST. El objetivo es reducir el cLDL en al menos un 50% del valor basal o alcanzar valores $<1,4$ mmol/l (< 55 mg/dl)

CLASE I NIVEL A

IECA o ARA-II

- Se recomienda administrar IECA (o ARA-II en caso de intolerancia) a los pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida (< 40%), diabetes o ERC, excepto si hay contraindicaciones (p. ej., insuficiencia renal avanzada, hiperpotasemia, etc.) para reducir la morbimortalidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas

CLASE I NIVEL A

Bloqueadores beta

- Los bloqueadores beta están recomendados para pacientes con disfunción sistólica del VI o insuficiencia cardiaca con FEVI reducida (< 40%)

CLASE I NIVEL A

ARM

- Los ARM están recomendados para pacientes con insuficiencia cardiaca y FEVI reducida (< 40%) para reducir la morbimortalidad cardiovascular y la mortalidad por todas las causas

CLASE I NIVEL A

Inhibidores de la bomba de protones

- Está recomendado el tratamiento concomitante con un inhibidor de la bomba de protones para los pacientes en monoterapia con AAS, TAPD, TAD, TAT o monoterapia con ACO que tengan alto riesgo de hemorragia gastrointestinal para reducir el riesgo de sangrado gástrico

CLASE I NIVEL A

Recomendaciones sobre el tratamiento de la fibrilación auricular

- No está indicado el tratamiento profiláctico con fármacos antiarrítmicos para prevenir la FA

CLASE III NIVEL B

- Se recomienda el uso de betabloqueador en pacientes con fibrilación auricular que cursen con insuficiencia cardiaca, choque cardiogénico
- Se sugiere el uso de antiarrítmicos tipo amiodarona para paciente con fibrilación auricular que cursen con insuficiencia cardiaca, choque cardiogénico

- Se sugiere la cardioversión eléctrica en pacientes con fibrilación auricular e inestabilidad hemodinámica secundaria

Recomendaciones sobre el tratamiento de las arritmias ventriculares y las alteraciones de la conducción en la fase aguda

- Está indicada la administración i.v. de bloqueadores beta para los pacientes con TV polimórfica o FV, salvo que haya contraindicaciones

CLASE I NIVEL B

- El tratamiento profiláctico con fármacos antiarrítmicos no está indicado y puede ser perjudicial

CLASE III NIVEL B

Bibliografía

1. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauer- sachs J, Bhatt DL, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Revista Española de Cardiología 2021 Jun DOI 10.1016/j.re- cesp.2020.12.024
2. . Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Revista Española de Cardiología 2017 Dec 1 DOI 10.1016/j. recesp.2017.10.048
3. Bhatt DL, Lopes RD, Harrington RA. Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. JAMA 2022 Feb 15;327(7):662–75. DOI 10.1001/jama.2022.0358
4. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto. Revista Española de Cardiología 2019 Jan 1 DOI 10.1016/j.recesp.2018.11.011
5. Escobar Díaz GL, Orozco Molina AM, Núñez Montes JR, Muñoz FL. Mortality from Cardiovascular Diseases in Colombia. An analysis of public policies. Salud Uninorte 2022 Jan 25 DOI 10.14482/sun.36.3.616.12.
6. Valencia C, Vargas G, Castañeda C. Carga de enfermedad isquémica del corazón en Colombia. En: Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia. Bogotá; 2015 Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Infor- mes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>
7. Antman EM, Loscalzo J. Infarto del miocardio con elevación del segmento ST. En: Jamenson JL, Fauci SA, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison Princi- pios de Medicina Interna. McGraw Hill; 2018.

8. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E, Bhatt DL, Birtcher KK, et al. 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2021 Nov 30 DOI 10.1016/j.jacc.2021.07.053

9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad de Antioquia. Guía de práctica clínica para el Síndrome Coronario Agudo. GPC-SCA. Bogotá, 2013.