

GUÍAS SCA - ESC 2023

NUEVAS RECOMENDACIONES

Traducción con fines docentes de Elena Plaza Moreno
Urgencias y emergencias® - www.urgenciasyemergen.com

RECOMENDACIONES	Clase	Nivel
Recomendaciones para el tratamiento antiplaquetario y anticoagulante en el síndrome coronario agudo		
Si los pacientes que presentan un SCA interrumpen la antiagregación plaquetaria dual para someterse a un bypass coronario, se recomienda reanudarlo durante al menos 12 meses.	I	C
En pacientes con SCA de edad avanzada, especialmente si presentan alto riesgo hemorrágico, puede considerarse el uso de clopidogrel como inhibidor del receptor P2Y12.	IIb	B
Recomendaciones para regímenes terapéuticos antitrombóticos alternativos		
En los pacientes que están libres de eventos después de 3-6 meses de antiagregación plaquetaria dual y que no presentan un riesgo isquémico elevado, el tratamiento antiplaquetario único (preferiblemente con un inhibidor de los receptores P2Y2) puede considerarse.	IIa	A
La monoterapia con un inhibidor de P2Y2 puede considerarse una alternativa a la monoterapia con aspirina para el tratamiento a largo plazo.	IIb	A
En pacientes con alto riesgo hemorrágico, puede considerarse la monoterapia con aspirina o con un inhibidor de los receptores P2Y ₁ tras 1 mes de antiagregación plaquetaria dual	IIb	B
En pacientes que requieren ACO, puede considerarse la retirada de la terapia antiplaquetaria a los 6 meses mientras se continúa con ACO.	IIb	B
No se recomienda la desescalada de la terapia antiplaquetaria en los primeros 30 días después de un evento de SCA.	III	B

RECOMENDACIONES	Clase	Nivel
Recomendaciones para la parada cardiaca y la parada cardiaca extrahospitalaria		
Se recomienda la evaluación del pronóstico neurológico (no antes de 72 h tras el ingreso) en todos los supervivientes comatosos tras una parada cardiaca.	I	C
Debe considerarse el transporte de los pacientes con parada cardiaca extrahospitalaria a un centro de parada cardiaca según el protocolo local.	IIa	C
Recomendaciones para los aspectos técnicos de las estrategias invasivas		
En pacientes con disección espontánea de la arteria coronaria, la ICP solo se recomienda en pacientes con síntomas y signos de isquemia miocárdica en curso, una amplia zona de miocardio en peligro y un flujo anterógrado reducido.	I	C
Debe considerarse la obtención de imágenes intravasculares para guiar la ICP.	IIa	A
En pacientes con lesiones ambiguas, puede considerarse la posibilidad de realizar pruebas de imagen intravascular (preferiblemente tomografía de coherencia óptica).	IIb	C
Recomendaciones para la enfermedad multivaso en pacientes con SCA que se presentan en shock cardiogénico		
Debe considerarse la ICP por etapas de las lesiones no isquémicas.	IIa	C
Recomendaciones para la enfermedad multivaso en pacientes con IAMCEST hemodinámicamente estables sometidos a ICP primaria		
Se recomienda que la ICP de la arteria no relacionada con el infarto se base en la gravedad angiográfica.	I	B
No se recomienda la evaluación funcional epicárdica invasiva de los segmentos de la arteria no relacionada con el infarto durante el procedimiento principal.	III	C

RECOMENDACIONES	Clase	Nivel
Recomendaciones para las complicaciones del síndrome coronario agudo		
Se recomienda la implantación de un marcapasos permanente cuando el bloqueo AV de alto grado no se resuelve en un periodo de espera de al menos 5 días tras el IM.	I	C
La resonancia magnética cardiaca debe considerarse en pacientes con imágenes ecocardiográficas ambiguas o en casos de alta sospecha clínica de trombo del VI.	IIa	C
Tras un infarto agudo de miocardio anterior, puede considerarse la realización de un ecocardiograma con contraste para la detección de un trombo del VI si no se visualiza el ápex en la ecocardiografía.	IIb	C
En pacientes seleccionados con bloqueo AV de alto grado en el contexto de un infarto de miocardio de pared anterior e insuficiencia cardiaca aguda, puede considerarse la implantación temprana de un dispositivo (desfibrilador/marcapasos de terapia de resincronización cardíaca).	IIb	C
En pacientes con arritmias ventriculares recurrentes potencialmente mortales, puede considerarse la sedación o la anestesia general para reducir el mecanismo simpático.	IIb	C
Recomendaciones para las afecciones con comorbilidad del síndrome coronario agudo		
Se recomienda basar la elección del tratamiento hipoglucemiante a largo plazo en la presencia de comorbilidades, como insuficiencia cardíaca enfermedad renal crónica y obesidad.	I	A
Para los pacientes ancianos frágiles con comorbilidades, se recomienda un enfoque holístico para individualizar los tratamientos intervencionistas y farmacológicos tras una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios.	I	B

RECOMENDACIONES	Clase	Nivel
Se recomienda una estrategia invasiva en los pacientes con cáncer que presentan un SCA de alto riesgo con una supervivencia esperada de 26 meses.	I	B
Se recomienda una interrupción temporal del tratamiento oncológico en los pacientes en los que se sospeche que el tratamiento oncológico es una de las causas del SCA.	I	C
Debe considerarse una estrategia conservadora no invasiva en pacientes con SCA con mal pronóstico oncológico (es decir, con una supervivencia esperada <6 meses) y/o riesgo de hemorragia muy elevado.	IIa	C
No se recomienda la aspirina en pacientes con cáncer con un recuento de plaquetas <10000/ μ L UU	III	C
El Clopidogrel no está recomendado en pacientes con cancer con recuento plaquetario < 30000 / μ L	III	C
En pacientes con SCA con cancer y recuento plaquetario <50.000/ μ L, no están recomendados el prasugrel ni el ticagrelor	III	C
Recomendaciones para el tratamiento a largo plazo		
Se recomienda intensificar el tratamiento hipolipemiante durante la primera hospitalización por SCA en los pacientes que estaban en tratamiento hipolipemiante antes del ingreso.	I	C
Se puede considerar la colchicina en dosis bajas (0,5 mg una vez al día), particularmente si otros factores de riesgo no están suficientemente controlados o si ocurren eventos de enfermedad cardiovascular recurrentes bajo el tratamiento óptimo.	IIb	A
La terapia combinada con una estatina a dosis altas más ezetimiba puede considerarse durante la hospitalización inicial.	IIb	B

RECOMENDACIONES

Clase Nivel

Recomendaciones para la evolución del síndrome coronario agudo desde la perspectiva del paciente

Se recomienda una atención centrada en el paciente mediante la evaluación y la adhesión a las preferencias, necesidades y creencias individuales del paciente, garantizando que los valores del paciente se utilicen para informar todas las decisiones clínicas.

I B

Se recomienda incluir a los pacientes con SCA en la toma de decisiones (en la medida en que su estado lo permita) e informarles sobre el riesgo de acontecimientos adversos, la exposición a la radiación y las opciones alternativas. Deben utilizarse ayudas a la decisión para facilitar la discusión.

I B

Se recomienda evaluar los síntomas utilizando métodos que ayuden a los pacientes a describir su experiencia.

I C

Debe considerarse el uso de la técnica "teach back" para apoyar la toma de decisiones durante la obtención del consentimiento informado.

IIa B

Antes del alta, debe proporcionarse al paciente información sobre el alta, tanto por escrito como verbalmente. Se debe considerar la preparación y educación adecuadas para el alta del paciente utilizando la técnica de "enseñar de nuevo" y/o la entrevista motivacional, dando la información por partes y comprobando su comprensión. de la comprensión.

IIa B

Debe considerarse la evaluación del bienestar mental mediante una herramienta validada y la derivación psicológica cuando proceda.

IIa B