
Alvaro Herrera Escandon, MD¹
Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Guía para el manejo de Síndrome Coronario sin elevación del ST”

2014 AHA/ACC GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH NON-ST-ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROMES

Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr, Jaffe AS, Jneid H, Kelly RF, Kontos MC, Levine GN, Liebson PR, Mukherjee D, Peterson ED, Sabatine MS, Smalling RW, Zieman SJ. 2014 ACC/AHA guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;000:000–000.

Esta guía completa puede obtenerse gratis en las páginas de la AHA o JACC. Estos son los puntos más relevantes:

1. Acudir al término “posible síndrome coronario agudo (SCA)” haciendo relación a la evaluación inicial del dolor torácico de probabilidad intermedia o alta, cuando aún el electrocardiograma y la troponina no están disponibles.
2. Se insiste en establecer la probabilidad pre test de los signos y síntomas de los pacientes con SCA, inclusive de clasificar la predicción de eventos adversos clínicos al ingreso.
3. Utilizar cualquiera de las herramientas para establecer riesgo de eventos (TIMI, GRACE, PURSUIT, NCDR-ACTION, etc.) en urgencias, siendo útiles en la evaluación inicial y ninguna con superioridad sobre la otra.
4. Las lesiones de arteria circunfleja o coronaria derecha pueden ser eléctricamente silentes, por lo tanto en pacientes de alto riesgo con electrocardiogramas normales recomiendan la toma de derivaciones posteriores (V7-V9).
5. Se sepulta la toma de CK-MB y mioglobina en SCA, considerándose como estudios sin beneficio para los pacientes. La troponina realizada entre los días 3 y 4 puede ayudar a establecer el índice de tamaño del infarto.
6. El término “Manejo conservador inicial” cambia a “Estrategia guiada por isquemia”.
7. En los pacientes con estrategia guiada por isquemia deben estratificarse previo al egreso con ergometría, ecocardiograma de estrés o perfusión miocárdica. Aunque no se recomienda la documentación de isquemia en pacientes con biomarcadores elevados, esta estrategia de manejo podría considerarse para los pacientes mórbidos que tienen isquemia con baja actividad.
8. En aquellos individuos con posible SCA, podría resaltarse el uso de Angiotomografía coronaria cuando el electrocardiograma es normal, las enzimas cardíacas son negativas y no existe historia de enfermedad coronaria.
9. Importante el uso de betabloqueadores en las primeras 24 horas, en aquellos con falla cardíaca estable y función sistólica reducida con evidencia clínica en reducción de mortalidad. (por ej, Metoprolol succinato, carvedilol, o bisoprolol)
10. Dentro de las otras alternativas anti isquémicas aparece la ranolazina como una opción para reducción del 29% de la isquemia recurrente. Por otra parte el balón de contra pulsación intra aórtico puede ser una elección adicional en la angina severa persistente o recurrente como

¹ Fellow de Cardiología, Universidad el Bosque – Fundación Santafé de Bogotá.

puente a revascularización percutánea o quirúrgica, recordando que los ensayos rigurosos de esta terapia fallaron en reducir eventos cardiovasculares mayores.

11. Se prefiere el ticagrelor sobre el clopidogrel agregado a aspirina en la estrategia invasiva temprana o estrategia guiada por isquemia por cerca de 12 meses.
12. El uso de inhibidores de glicoproteína IIb/IIIa se indica en aquellos con características de alto riesgo (troponina) cuando no ha sido adecuadamente pretratados con los otros antiplaquetarios y básicamente en la sala de hemodinamia.
13. La enoxaparina se ubica como la primera opción terapéutica de antitrombóticos, en dosis de anticoagulación hasta que se realiza la PCI o durante la hospitalización en el manejo no invasivo. Se recomienda el uso de carga de 30 mg endovenosos.
14. La definición de estrategias invasivas se sintetizan en tres parámetros: 1) aquellos que fallan en la terapia médica (angina refractaria o recurrente) 2) evidencia objetiva de isquemia 3) alto riesgo por escalas pronósticas (TIMI, GRACE). Los tiempos de estrategia divididos entre temprana y diferida se explican sin modificación (0-24, 25-72 horas respectivamente). La indicación de elección temprana continúa siendo la angina recurrente o refractaria, inestabilidad eléctrica o hemodinámica.
15. Evaluación no invasiva con prueba de esfuerzo en pacientes con riesgo intermedio o bajo sin criterios de alto riesgo (troponina positiva, isquemia con mínima actividad, GRACE > 140 o TIMI > 3) quienes estén libre de isquemia en reposo o actividad baja 12 a 24 horas de estar asintomáticos. El estudio de elección es la prueba de esfuerzo convencional en pacientes con capacidad de ejercicio y sin cambios electrocardiográficos para su interpretación, de lo contrario la modalidad de imágenes con ejercicio es una alternativa y el estrés farmacológico en aquellos que tengan limitaciones para el esfuerzo.

Referencia:

<http://www.circ.ahajournals.org/content/early/2014/09/22/CIR.000000000000134.full.pdf+html>

Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Antídoto para el inhibidor del factor Xa APIXABAN: Un paso adelante para los sangrados en los nuevos anticoagulantes”

PORTOLA PHARMACEUTICALS ANNOUNCES PHASE 3 ANNEXA(TM)-A STUDY OF ANDEXANET ALFA AND ELIQUIS (APIXABAN) MET PRIMARY AND SECONDARY ENDPOINTS WITH HIGH STATISTICAL SIGNIFICANCE

Los datos detallados de este estudio fase III serán presentados en las sesiones científicas de la AHA en Noviembre 17.

Referencia:

http://investors.portola.com/phoenix.zhtml?c=198136&p=irol-newsroomArticle_pf&ID=1972736
