

Actualització en el maneig de la síndrome coronària aguda segons les Guies de la ESC i ACC/AHA

Xavier López-Altimiras
Servei d'Urgències. Hospital de Mollet

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Xavier López-Altimiras

Lloc de treball: Hospital de Mollet

Mail: x.lopez@hospitalmollet.cat

Data recepció: 1.08.2015

Data acceptació: 1.09.2015

Forma de citació: López-Almitiras X. *Actualització en el maneig de la síndrome coronària aguda segons les Guies de la ESC i ACC/AHA*. ReMUE.c@t 2015;2(2):3-9

Available at http://www.remue.cat/view_document.php?tpd=2&i=5048

La síndrome coronària aguda (SCA) és una de les patologies que ha sofert més canvis en els últims anys en les recomanacions relatives al seu maneig inicial, canvis que afecten sobretot a la utilització dels nous antiagregants. Aquestes noves recomanacions se centren en les fases inicials d'actuació, i per tant incideixen directament en les accions terapèutiques que es fan en els serveis d'urgències a l'arribada dels pacients.

El present article pretén revisar les recomanacions actuals de les guies en el maneig de SCA, sense elevació del segment ST (SCASEST) i amb elevació del ST (SCAEST) i comparar les guies europees i americanes. Les guies europees més recents són de 2011 i 2012 per maneig de SCASEST i del SCAEST respectivament, s'han publicat traduïdes al castellà per la Sociedad Española de Cardiología (Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST¹, Guía de practica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST²) i el 2014 s'ha publicat la guia de revascularització de la ESC (2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization³). Les guies americanes són de 2013 per la SCAEST i de 2014 per la SCASEST (2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation

Myocardial Infarction⁴, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes⁵).

Seguirem l'ordre cronològic d'actuació en la SCA per a descriure les recomanacions principals en cada pas, començant per la SCASEST, que ocuparà la major part de l'article, ja que l'actuació en SCAEST en els serveis de urgències queda més reduïda al activar-se com a codi IAM en molts casos.

SCASEST

Les guies comencen descrivint els diferents tipus d'angina, com la de nova aparició, la desestabilització de angina ja coneguda, angina post infart i recorden les característiques clàssiques del dolor anginos.

A continuació es descriuen les alteracions característiques del ECG, amb èmfasi a un fet que és important recordar, la possibilitat d'elevació transitòria inicial del segment ST, que ha de ser de menys de 20 minuts de durada. També s'emfatitza en la possibilitat de ECG normal, bé per atendre al pacient ja sense dolor toràcic, bé per isquèmia que afecti al ventricle dret i/o artèria circumflexa. Es recorda la conveniència de repetir el ECG a les 3 i 6-9 hores i abans de l'alta, i sempre que reapareguin símptomes.

En relació a la determinació de **troponines** s'especifica que sempre indiquen d'any miocardiàc i augment de la morbiditat i mortalitat a mig termini, es recorda que sempre cal fer corba evolutiva, i que no tan sols s'elevi per una SCA, ja que altres patologies com la disfunció renal, insuficiència cardíaca congestiva, taquiarítmies, trombo embolisme pulmonar, ictus o dissecció de aorta també poden elevar els nivells de troponina.

Hi ha petites deferències entre guies americanes i europees en relació a les troponines, les americanes recomanen un control al 3er i 4rt dia com a índex d'extensió de la lesió miocardiàca o de necrosi evolutiva.

També es menciona en les guies la utilitat del pro-BNP com a marcador de risc a mig i llarg termini.

Es recomana la utilització de **escales de risc**, GRACE (Fig. 1) o TIMI (Fig. 2). La guia europea destaca la escala de GRACE com més sensible a l'ingrés i a l'alta, les guies americanes no fan diferències.

L'escala GRACE pronostica mortalitat als sis mesos, puntuacions inferiors a 109 es consideren de baix risc, entre 109 i 140 de risc mig, i superiors a 140 alt risc.

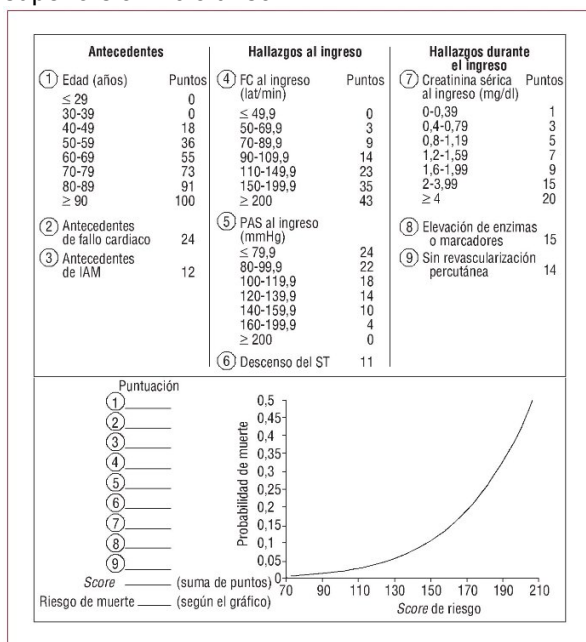


Figura 1. Escala GRACE

L'escala TIMI consta de 7 ítems amb una puntuació de 1 punt per ítem, pronostica mortalitat, infart o isquèmia recurrent dins les següents dues setmanes. Puntuacions de 0 a 2 impliquen baix risc, 3 i 4 risc mig i 5 o més alt risc.

A més de les escales es defineixen uns criteris de risc primaris o d'alt risc: canvis significatius en les troponines, canvis significatius del segment ST o de la ona T i GRACE > 140 (sols en les guies americanes).

També es defineixen uns criteris de risc secundaris: Diabetis mellitus, insuficiència renal (filtrat < 60), fracció d'ejecció < 40%, angina post infart, intervencionisme percutani (PCI) recent, cirurgia de revascularització prèvia i GRACE entre 109-140 (sols en les guies americanes).

VARIABLES
1. Edat > 65 anys
2. Presència de, al menys, 3 factors de risc cardiovascular
3. Evidència de malaltia coronària prèvia
4. Ingesta de AAS els 7 dies previs
5. Presentar, al menys, 2 episodis anginosos els dies previs
6. Alteracions del segment ST
7. Elevació de marcadors de dany miocardiàc (CK MB o troponina)

Risc de complicacions (mortalitat total, IAM o isquèmia recurrent que precisa revascularització les següents dues setmanes.
1. Risc baix (3% de risc de mort o IAM i 5-8% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients de 0 a 2 punts.
2. Risc moderat (5-7% de risc de mort o IAM i 13-20% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients de 3 a 4 punts.
3. Risc alt (12-19% de risc de mort o IAM i 26-41% de risc de mort, IAM o necessitat de revascularització urgent). Pacients de 5 a 7 punts.

Figura 2. Escala TIMI

La presència dels **criteris de risc** permet establir la prioritització del cateterisme/intervencionisme dels pacients.

Es recomana cateterisme immediat, menys de 2 hores, si hi ha insuficiència cardíaca congestiva en relació amb l'episodi de SCA, sospita de insuficiència mitral aguda, inestabilitat hemodinàmica, angina o isquèmia recurrent

malgrat haver iniciat tractament farmacològic complert i si el pacient presenta arítmia ventricular sostinguda.

Es recomana cateterisme les primeres 24 hores en els pacients que presenten els criteris de risc primaris o d'alt risc.

Es recomana cateterisme dins les primeres 72 hores en els pacients amb criteris de risc secundaris.

No hi ha diferències en les guies en aquestes recomanacions.

Tractament antiagregant. En totes les guies es recomana amb evidència I A l'administració de una dosi de càrrega de àcid acetil salicílic (AAS), de entre 150 i 300 mg oral si no hi ha contraindicació, i dosi de continuació indefinidament de 75-100 mg /dia en les guies ESC. Hi ha petites diferències en la recomanació de dosis en les guies ACC/AHA, 165-325 mg dosi de càrrega i 81-162 mg dosi de manteniment. Es recorda que es pot utilitzar la formulació parenteral.

Es recomana amb nivell de evidència I A la necessitat d'afegir un segon antiagregant, inhibidor del receptor P2Y₁₂, i mantenir-lo durant 12 mesos.

Les guies ERC de 2011 recomanen ticagrelor amb dosi de càrrega de 180 mg i manteniment de 90 mg / 12 h durant 1 any a tots els pacients de risc moderat o alt independentment que la estratègia inicial de tractament sigui conservadora o amb cateterisme/intervencionisme, no contraindica haver rebut clopidogrel inicialment (caldrà suspendre i es donarà igualment el bolus inicial de 180 mg de ticagrelor), nivell de evidència I B.

També recomanen prasugrel amb dosi de càrrega de 60 mg i manteniment de 10 mg / dia sols en aquells pacients que s'ha fet cateterisme, es coneix l'anatomia de les coronàries i es procedeix a fer PCI. A més s'especifica que s'exclou en pacients amb risc elevat d'hemorràgia, nivell d'evidència I B.

Finalment es recomana clopidogrel en dosi de 300 mg de càrrega i 75 mg / dia en pacients en que ticagrelor i prasugrel estiguin contraindicats o no estiguin disponibles. Nivell d'evidència I A.

També s'especifica la dosi de càrrega de 600 mg (o 300 mg afegits a la primera dosi de 300 mg) si es practica cateterisme per procedir a PCI, nivell d'evidència I B.

Les guies ERC de revascularització de 2014 fan les mateixes recomanacions, i a més especifiquen que el tractament inicial amb prasugrel abans de fer el cateterisme està contraindicat. Nivell d'evidència III A.

Les guies ACC/AHA indiquen clopidogrel o ticagrelor afegits a AAS durant 12 mesos a tots

els pacients, tan si el maneig inicial és conservador o amb cateterisme, les dosi les mateixes, nivell evidència IB. Especifica, però, que es prefereix ticagrelor a clopidogrel amb nivell d'evidència IIa B.

També les guies ACC/AHA especifiquen que, si s'ha fet PCI i col·locació d'stents, el tractament de continuació els següents 12 mesos es pot fer amb clopidogrel, prasugrel o ticagrelor. Nivell d'evidència I B.

El tractament amb inhibidors GP IIb/IIIa (eptafibatida, tirofiban) queda relegat al peri-intervencionisme en les actuals recomanacions en totes les guies.

Per entendre el motiu de les diferents recomanacions, en l'ús dels **nous antiagregants**, cal revisar els **estudis en els que es basen les indicacions recollides en les guies**.

El 2001 es va publicar l'estudi CURE⁶ que va comparar pacients tractats amb AAS i pacients als que es va afegir clopidogrel al AAS. L'objectiu primari va ser mort cardiovascular, IAM no fatal o AVC. Reducció de l'objectiu de 11,4% a 9,3% en els pacients tractats amb clopidogrel (RR = 0,80; IC95%, 0,72-0,90; p < 0,001) en pacients amb SCASEST de risc: depressió del ST, o elevació de marcadors de dany miocardiàc, > 60 anys amb AP de cardiopatia isquèmica. Es va administrar una dosi de 300 mg inicial seguida de 75 mg /dia, a més del AAS, durant 9 a 12 mesos. Per cada 1000 pacients tractats es van evitar 21 morts cardiovasculars, IAM o AVC, amb un cost de 7 pacients que van requerir transfusió i tendència a patir hemorràgia amb risc vital en 4 pacients. El problema és que, amb els anys d'experiència s'ha constatat que una part no despreciable de pacients son no responedors a clopidogrel. A més el seu inici d'acció és lent, amb la càrrega de 600 mg fins a un 80% de pacients no estan ben antiagregats als 90 - 120 minuts, ja que clopidogrel precisa de una doble metabolització hepàtica fins la formació del seu metabòlit actiu.

Vistes les limitacions de clopidogrel es va continuar la investigació de nous antiagregants, el següent va ser prasugrel.

L'estudi TRITON-TIMI⁷, publicat el 2007, va comparar una dosi de càrrega de 60 mg de prasugrel seguida de 10 mg/dia, amb 300 mg de clopidogrel seguida de 75 mg/dia, afegits a AAS. El problema és que el disseny de l'estudi tenia unes particularitats que van afectar a les indicacions del fàrmac.

Es van seleccionar pacients amb SCAEST sotmesos a PCI (angioplàstia primària) o post cateterisme en pacients amb SCASEST de risc alt o moderat i que no havien pres prèviament

clopidogrel. El fàrmac es va administrar des del moment en que, un cop fet el cateterisme, s'identificava lesió tributària de PCI, fins 1 hora després de sortir del laboratori de hemodinàmica. L'objectiu primari va ser el mateix que en l'estudi CURE, mort cardiovascular, IAM no fatal o AVC. Els resultats reducció de 11,2 % amb clopidogrel a 9,3 % amb prasugrel ($p=0,002$), degut bàsicament a la reducció del risc de IAM (9,2 a 7,1% $p<0,001$). També reducció significativa de la taxa de trombosi dels stents, 2,4% a 1,1%. Es va constatar un augment significatiu d'hemorràgies majors, 1,8% vs 2,4%. Augment d'hemorràgies amb risc vital del 0,9 al 1,4% ($p=0,01$) i augment de les hemorràgies fatals (0,1 a 0,4%, $p=0,002$). No benefici en pacients de més de 75 anys i de menys de 60 kg. El subgrup de pacients diabètics sembla que va tenir un major benefici.

Finalment, el 2009 es publica l'estudi PLATO⁸ que compara ticagrelor amb clopidogrel, amb el mateix objectiu primari que els altres estudis. Pacients amb SCASEST (tan per maneig agressiu o conservador) com pacients amb SCASEST tractats amb angioplàstia primària. clopidogrel 300 mg inicials seguits de 75 mg/dia o ticagrelor 180 mg inicials seguits de 90 mg/12 h. Reducció de l'objectiu primari de 11,7% amb clopidogrel al 9,8 % amb ticagrelor ($p<0,001$). Reducció de mort de causa cardiovascular del 5,1 al 4% ($p=0,001$). Reducció del IAM del 6,9 al 5,8% ($p=0,005$). Reducció del 30% de la mortalitat en els pacients amb maneig no invasiu. No reducció significativa de nous AVC. També reducció significativa de la taxa de trombosi dels stents, del 1,9% al 1,3% ($p<0,01$). Reducció global de la mortalitat del 5,9% al 4,5%. No diferències significatives en la incidència d'hemorràgies majors (11,2 vs 11,6%), No diferència en el total d'hemorràgies fatals (0,3%), però ticagrelor va tenir un major índex d'hemorràgies cerebrals fatals.

Vistes les limitacions per a l'ús de prasugrel en el maneig inicial dels pacients amb SCASEST es va plantejar dos nous estudis.

L'estudi TRILOGY⁹, publicat el 2012, va avaluar pacients amb SCASEST i elevació de marcadors de dany miocardiàc, o disminució del ST > 1mm en 2 derivades o més, encara que els marcadors fossin negatius, i que no es sotmetessin a intervencionisme durant els 10 dies següents al episodi isquèmic. Comparant grup tractat amb clopidogrel i AAS i el grup tractat amb prasugrel i AAS. Pacients amb un o més criteris de risc: edat > 60 anys, diabetis, IAM previ, revascularització prèvia (cirurgia o ACTP). Seguiment mig durant 17 mesos.

L'Objectiu primari va ser la mort de causa cardiovascular, infart de miocardi o accident vascular cerebral. Els resultats 13,9% grup de prasugrel, 16% grup clopidogrel, IC 95% (0,79 a 1,05), $P = 0,21$. Resultat no significatiu.

Els resultats suggereixen una disminució del risc de episodis isquèmics de repetició en el grup de prasugrel, IC 95% (0,72 a 1,00), $P = 0,04$.

Per últim l'estudi ACCOAST¹⁰, publicat el 2013, avalua 4033 pacients amb SCASEST i troponina positiva, als que es practica cateterisme entre les 2 i 48 h inicials, aleatoritzats a rebre dosi de prasugrel de 30 mg previ a l'angioplàstia o placebo en el grup control. Si estava indicat l'intervencionisme es donaven 30 mg addicionals de prasugrel als pre-tractats i 60 mg al grup control.

Objectiu primari d'eficàcia: Mort de causa cardiovascular, infart de miocardi o accident vascular cerebral, revascularització urgent o teràpia de rescat amb inhibidors IIb IIIa en els 7 dies següents.

No es van observar diferències en l'objectiu primari entre els dos grups de pacients, IC 95% (0,84 a 1,25, $p = 0,81$), però els Índex de seguretat, mesurats en risc de sagnats segons escala TIMI, en el grup que va rebre el pre tractament amb prasugrel, augmentaren un 1,90%, IC 95% (1,19 a 3,02, $p=0,006$) en pacients sotmesos a cirurgia de revascularització en els següents 7 dies. Els índex d'hemorràgia greu en pacients no sotmesos a cirurgia augmentaren per 3 i per 6 en els següents 7 dies. Els resultats es confirmaren als 30 dies.

Per tant el pretractament amb prasugrel en els pacients amb SCASEST, en els que es planifica cateterisme preferent, no millora l'índex d'esdeveniments isquèmics fins a 30 dies, i pel contrari augmenta el risc de complicacions hemorràgiques greus.

Vistos els resultats dels diferents estudis, i a com a resum de les recomanacions actuals, es pot concloure que el prasugrel no està indicat actualment en maneig inicial del SCASEST, al menys fins que no s'hagi fet el cateterisme i s'indiqui PCI, i per altra banda es recomana iniciar la doble antiagregació el més aviat possible. També es desaconsella prasugrel en pacients de més de 75 anys i menys de 60 kg de pes, i es contraindica en pacients amb antecedents de ictus o TIA.

El ticagrelor està contraindicat en pacients amb antecedents de AVC hemorràgic.

Prasugrel i ticagrelor esta contraindicats en pacients amb insuficiència hepàtica greu i en insuficiència renal amb filtrat inferior a 30.

Tampoc està validat el seu ús en pacients que han de seguir tractament anticoagulant.

Les guies recomanem l'ús de ticagrelor i prasugrel en preferència a clopidogrel en pacients que no presentin alt risc de sagnat. La doble antiagregació s'ha de mantenir 1 any després de una SCA, tan sigui SCASEST com SCAEST, i amb independència de PCI i col·locació de stents. Finalment, en pacients que hagin de seguir tractament amb Antivitamina K la doble antiagregació sols està validada amb clopidogrel, es recomana mantenir-la 1 mes si s'ha col·locat stent metàl·lic i entre 3 i 6 mesos si s'ha col·locat stent farmacoactiu, posteriorment continuar amb l'anticoagulant i AAS.

En relació al **tractament anticoagulant** les guies ERC 2011 recomanen fondaparinux 2,5 mg/dia subcutani "per ser el fàrmac amb perfil d'eficàcia i seguretat més alt", nivell d'evidència I A. Recomanen enoxaparina 1 mg / kg cada 12 hores si fondaparinux no està disponible. Nivell d'evidència I B.

De tota manera si els pacients es tracten amb fondaparinux calen dosis suplementàries d'altres fàrmacs anticoagulants en cas de PCI. Les guies ERC de revascularització de 2014 descriuen amb detall les recomanacions i combinacions dels diferents antiagregants i anticoagulants durant l'intervencionisme (bivalirudina, heparina fraccionada i no fraccionada, fondaparinux, inhibidors GP IIb/IIIa).

Les guies ACC/AHA indiquen enoxaparina 1 mg /kg cada 12 h, i recorden reduir la dosi a 1 mg/kg cada 24 h si hi ha insuficiència renal amb filtrat < 30. A més especifiquen que la durada del tractament anticoagulant ha de ser fins el moment del intervencionisme, o durant tot l'ingrés del pacient si el maneig és conservador. Nivell d'evidència I A.

També mencionen el fondaparinux 2.5 mg /dia, amb la mateixa durada del tractament, amb un nivell d'evidència I B.

En tot cas cal tenir present que no s'han descrit en la literatura episodis de trombopènia relacionats amb ús de fondaparinux.

Resta de tractament farmacològic.

Nitrats. Per alleujament de la clínica anginosa, el tractament endovenós es recomana per tractament de l'angina recurrent i signes d'insuficiència cardíaca. Nivell d'evidència IC.

Betabloquejants. Les guies ERC recomanen el seu ús en tots els pacients amb disfunció ventricular esquerra que no tinguin contraindicació, i mantenir-los en tots els pacients que ja els prenguessin prèviament i no estiguin en Killip superior o igual a III. Evidència I B.

Les guies ACC/AHA recomanen iniciar els betabloquejants en les primeres 24 hores en tots els pacients que no estiguin en risc de insuficiència cardíaca aguda, o de xoc cardiogènic, i que no tinguin contraindicacions específiques. Evidència I A. També recomanen mantenir els betabloquejants en tots els pacients després de una SCA, encara que no tinguin disfunció sistòlica. Evidència I C.

Les guies mencionen la possibilitat de utilitzar betabloquejant endovenós en pacients hemodinàmicament estables i amb taquicàrdia i/o hipertensió al ingrés, amb nivell d'evidència IIa C. Les guies ACC/AHA recorden la contraindicació del seu ús si hi ha risc de xoc cardiogènic.

En relació als antagonistes del calci les guies indiquen el seu ús (els dihidropiridínics) en pacients ja en tractament amb betabloquejants i nitrats i que persisteixen amb símptomes anginosos, i els no dihidropiridínics en els pacients amb contraindicacions pels betabloquejants. Evidència I B.

Es desaconsella l'ús de hidropiridínics (nifedipino i altres) si no és en combinació amb betabloquejants, evidència III B.

SCAEST

Les guies recorden la importància del registre ECG en els primers 10 minuts d'atenció al pacient amb dolor toràcic sospitós de SCA. També recomanen la monitorització del pacient amb sospita de SCAEST. Evidència I B.

També es recorda la importància de registrar derivades posteriors (V7 a V9) en pacients amb sospita d'infart ífero basal.

Les guies ERC recomanen angioplàstia primària (codi infart en el nostre entorn) quan el temps des del primer contacte mèdic fins la sala d'hemodinàmica es suposa inferior a 120 minuts, i de fet es prefereix un temps inferior a 90 minuts. S'especifica que si el temps ha de ser superior a 120 minuts cal fer fibrinòlisi. Nivell d'evidència I A. També es recomana que, en pacients joves, amb infart extens i amb menys de 2 hores des de l'inici dels símptomes, es valori fibrinòlisi inicial si el temps fins la sala d'hemodinàmica es preveu superior a 90 minuts. Evidència IIa B.

Antiagregants en el pacient que es decideix angioplàstia primària. Guies ERC.

AAS en tots els pacients si no contraindicació, dosi de càrrega de 150 a 300 mg, manteniment 75-100 mg/dia. Pensar en la via endovenosa si dificultat per la via oral. Evidència I B

Afegir un segon antiagregant, en les mateixes dosis descrites per la SCASEST.

Prasugrel 60 mg dosi de càrrega i 10 mg / dia de manteniment, si no han rebut clopidogrel

prèviament, si no hi ha antecedent de ictus ni accident cerebral transitori (TIA) i si tenen menys de 75 anys. Evidència I B.

Ticagrelor 180 mg dosi de càrrega i 90 mg / 12 hores dosi de manteniment. Evidència I B.

Clopidogrel 600 mg dosi de càrrega i 75 mg / dia dosi de manteniment, de preferència si prasugrel o ticagrelor no estan disponibles o estan contraindicats. Evidència I C.

Les guies ACC/AHA fan recomanacions similars, sense diferenciar entre clopidogrel, ticagrelor o prasugrel, tots amb nivell d'evidència I B, tot i que en les recomanacions de dosi de continuació recorden que tots els pacients han de rebre doble antiagregació durant 1 any i que prasugrel està contraindicat en pacients amb antecedents de ictus o TIA.

Un recent estudi¹¹ ha avaluat el ticagrelor en ús extrahospitalari, és a dir en el primer contacte mèdic fora de l'hospital, amb bon resultat i sense augment de complicacions en pacients amb SCAEST als que es practica angioplàstia primària.

En cas de realitzar **fibrinòlisi** es recomanen fàrmacs específics per la fibrina (tenecteplasa, alteplasa, reteplasa). Guies ESC.

Es recomana fer-la dins els primers 30 minuts de l'arribada del pacient.

Contraindicacions absolutes: Hemorràgia intracranial o accident cerebrovascular d'origen no aclarit, ictus isquèmic els sis mesos previs, neoplàsies i malformacions vasculars en el sistema nerviós central (SNC), traumatisme important, cirurgia recent en el SNC les últimes 3 setmanes, hemorràgia gastro intestinal en l'últim mes, alteracions hemorràgiques (exclosa la menstruació), dissecció aòrtica, puncions no compressibles les 24 hores prèvies (biòpsia hepàtica, punció lumbar)

Es recomana dins les primeres 12 hores d'evolució.

S'ha d'administrar AAS i clopidogrel (dosi de càrrega de 300 mg). Els nous antiagregants no estan validats en la fibrinòlisi.

S'ha de descoagular al pacient, es recomana enoxaparina en bolus de 30 mg ev i continuar amb 1mg/kg cada 12 hores sc. Si el pacient és de més de 75 anys no s'administra el bolus ev i la dosi sc és de 0.75 mg/kg cada 12h.

També hi ha l'opció de utilitzar fondaparinux en bolus ev inicial de 2.5 mg i continuar amb 2.5 mg sc cada 24 h.

Es recomana traslladar al pacient, un cop feta la fibrinòlisi, a un centre amb capacitat per PCI dins les següents 3 a 12 hores, i de manera urgent si persisteixen els símptomes o no es resol el supradesnivell del segment ST.

Bibliografia

1. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012;65:173.e1-e55.

2. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Lundqvist C, Borger MA, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Grupo de Trabajo para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):53.e1-e46.

3. Windecker S, Kolh Ph, Alfonso F, Collet J Ph, Cremer J, Falk V, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial Revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal Advance Access published August 29, 2014.

4. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Cheng MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2013;127:e362-e425.

5. Ezra A, Nanette K, Brindis RG, Casey DE, Ganitas TG, Colmes DR et al. 2014 AHA/ACC 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. J Am Coll Cardiol. 2014 Dec 23;64(24):e139-228.

6. Yusuf S et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med. 2001;345:494-502.

7. Wiviott S, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2007;357:2001-15.

8. Wallentin L et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med. 2009;361:1045-57.

9. Matthew T et al. Prasugrel versus Clopidogrel for Acute Coronary Syndromes without revascularization. N Engl J Med. 2012; 367:1297-369

10. Montalescot G et al. for the ACOASST investigators. Pretreatment with Prasugrel in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2013;369:999-1010.

11. Montalescott G et al. Prehospital Ticagrelor in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction N Engl J Med 2014; 371: 1016-1027.

NOTA DE L'AUTOR: Coincidint amb l'elaboració de l'article s'han publicat les Guies de la ERC 2015 pel maneig de la SCASEST (encara no traduïdes al castellà) però no hi ha diferències substancials en relació al que es reflecteix en l'actual revisió.