

DOLOR TORÁCICO: GUÍAS 2021 PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO



Elena Plaza Moreno- Urgencias y emergencias



<https://www.urgenciasyemergen.com/dolor-toracico-guias-2021>

Autora: Elena Plaza Moreno. Instructora de Soporte vital básico y avanzado. Genero y divulgo contenido de salud basado en la evidencia en www.urgenciasyemergen.com

Recomendaciones para definir el dolor torácico

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	Se recomienda una evaluación inicial del dolor torácico para clasificar eficazmente a los pacientes en función de la probabilidad de que los síntomas puedan ser atribuibles a una isquemia miocárdica.
Clase I	C-DL	El dolor torácico no debe describirse como atípico, porque no ayuda a determinar la causa y puede interpretarse erróneamente como de naturaleza benigna. En su lugar, el dolor torácico debe describirse como cardíaco, posiblemente cardíaco o no cardíaco porque estos términos son más específicos para el posible diagnóstico subyacente.

Recomendación para la historia clínica

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-DL	En los pacientes con dolor torácico, debe obtenerse una historia centrada que incluya las características y la duración de los síntomas en relación con la presentación, así como las características asociadas, y la evaluación de los factores de riesgo cardiovascular.

Recomendaciones para centrarse en la singularidad del dolor torácico en las mujeres

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	Las mujeres que presentan dolor torácico corren el riesgo de ser infradiagnosticadas, y siempre deben considerarse las posibles causas cardíacas.
Clase I	B-NA	En las mujeres que presentan dolor torácico, se recomienda obtener una historia que haga hincapié en los síntomas acompañantes que son más comunes en las mujeres con SCA.

Recomendación de consideraciones para pacientes mayores con dolor torácico

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-DL	En los pacientes con dolor torácico de más de 75 años de edad, debe considerarse la posibilidad de un SCA cuando se presenten síntomas acompañantes como disnea, síncope o delirio agudo, o cuando se haya producido una caída inexplicable.

Recomendaciones sobre las consideraciones para diversas poblaciones de pacientes con dolor torácico

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación

Clase I	C-DL	Se recomienda la formación en competencia cultural para ayudar a conseguir los mejores resultados en pacientes de diversos orígenes raciales y étnicos que presentan dolor torácico.
Clase I	C-DL	Entre los pacientes de diversas razas y etnias que presentan dolor torácico y cuyo idioma principal no es el inglés, se recomienda abordar las barreras lingüísticas mediante el uso de servicios formales de traducción. de pacientes que presentan dolor torácico cuyo idioma principal no es el inglés.
Recomendación de consideraciones centradas en el paciente		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-DL	En pacientes con dolor torácico agudo, se recomienda que los pacientes o los transeúntes activen el 112 (911 o el teléfono que sea de emergencias) para iniciar el transporte al servicio de urgencias más cercano por parte de los servicios médicos de urgencia (SEM).
Recomendación de examen físico		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-OE	En los pacientes que presentan dolor torácico, debe realizarse inicialmente un examen cardiovascular específico para ayudar a diagnosticar un SCA u otras causas potencialmente graves de dolor torácico (por ejemplo, disección aórtica, TEP o rotura esofágica) y para identificar complicaciones.
Recomendaciones para las consideraciones del entorno		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	A menos que sea evidente una causa no cardíaca, se debe realizar un ECG a los pacientes atendidos en la consulta con dolor torácico estable; si no se dispone de un ECG, el paciente debe ser derivado a urgencias para que se pueda obtener uno.
Clase I	C-DL	Los pacientes con evidencias clínicas de SCA u otras causas de dolor torácico agudo potencialmente mortales atendidos en la consulta deben ser trasladados urgentemente al servicio de urgencias, idealmente por el SEM.
Clase I	C-DL	En todos los pacientes que presenten un dolor torácico agudo, independientemente del entorno, debe adquirirse un ECG y revisarse para detectar un SCACEST en los 10 minutos siguientes a su llegada.
Clase I	C-DL	En todos los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico agudo y sospecha de SCA, la cTn debe medirse lo antes posible tras la presentación.
3: daño	C-DL	En el caso de los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de SCA evaluados inicialmente en la consulta, debe evitarse el retraso en el traslado a urgencias para la realización de la Tnc u otras pruebas diagnósticas.
Recomendaciones para el electrocardiograma		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-OE	En los pacientes con dolor torácico en los que un ECG inicial no es diagnóstico, deben realizarse ECGs seriados para detectar posibles cambios isquémicos, especialmente cuando la sospecha clínica de SCA es alta, los síntomas son persistentes o el estado clínico se deteriora.
Clase I	C-OE	Los pacientes con dolor torácico en los que el ECG inicial es compatible con un SCA deben ser tratados de acuerdo con Directrices para el SCACEST y el SCASEST.
Clase IIa	B-NA	En pacientes con dolor torácico y sospecha clínica intermedia-alta de SCA en los que el ECG inicial no es diagnóstico, las derivaciones electrocardiográficas suplementarias V7 a V9 son razonables para descartar un IAM posterior.
Recomendación para la radiografía de tórax		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación

Clase I	C-OE	En los pacientes que presentan dolor torácico agudo, la radiografía de tórax es útil para evaluar otras posibles causas cardíacas, pulmonares y torácicas de los síntomas.
----------------	-------------	--

Recomendaciones para los biomarcadores

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	En los pacientes que presentan dolor torácico agudo, los niveles seriados de cTn I o T son útiles para identificar valores anormales y un patrón ascendente o descendente indicativo de lesión miocárdica aguda.
Clase I	B-NA	En los pacientes que presentan dolor torácico agudo, la cTn de alta sensibilidad es el biomarcador preferido porque permite detectar o excluir más rápidamente la lesión miocárdica y aumenta la precisión del diagnóstico.
Clase I	C-OE	Los clínicos deben estar familiarizados con el rendimiento analítico y el límite superior de referencia del percentil 99 que define la lesión miocárdica para el análisis de cTn utilizado en su institución.
3: daño	B-NA	Con la disponibilidad de la cTn, la isoenzima de la creatina quinasa miocárdica (CK-MB) y la mioglobina no son útiles para el diagnóstico de la lesión miocárdica aguda.

Recomendaciones para pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de SCA (sin incluir el SCACEST)

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	En los pacientes que se presentan con dolor torácico agudo y sospecha de SCA, las vías de decisión clínica (VDC) deben clasificar a los pacientes en niveles de riesgo bajo, intermedio y alto para facilitar la disposición y la posterior evaluación diagnóstica.
Clase I	B-NA	En la evaluación de los pacientes que presentan dolor torácico agudo y sospecha de SCA en los que están indicadas las troponinas seriadas para excluir una lesión miocárdica, los intervalos de tiempo recomendados después de la recogida inicial de la muestra de troponina (tiempo cero) para repetir las mediciones son: De 1 a 3 horas para la troponina de alta sensibilidad y de 3 a 6 horas para los ensayos de troponina convencionales.
Clase I	C-DL	Para estandarizar la detección y diferenciación de la lesión miocárdica en pacientes que presentan dolor torácico agudo y sospecha de SCA, las instituciones deben implementar una VDC que incluya un protocolo para la toma de muestras de troponina basado en su ensayo en particular.
Clase I	C-DL	En los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de SCA, deben tenerse en cuenta las pruebas previas cuando se disponga de ellas e incorporarlas a las VDC.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico agudo, un ECG normal y síntomas sugestivos de SCA que comenzaron al menos 3 horas antes de la llegada a urgencias, una única concentración de hs-cTn que esté por debajo del límite de detección en la medición inicial (tiempo cero) es razonable para excluir una lesión miocárdica.

Recomendaciones para pacientes de bajo riesgo con dolor torácico agudo

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	Los pacientes con dolor torácico agudo y un riesgo de muerte o eventos cardiovasculares adversos mayores a 30 días <1% deben ser designados como de bajo riesgo.
Clase IIa	B-A	En los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de SCA que se consideran de bajo riesgo (<1% de riesgo de muerte o eventos cardiovasculares adversos mayores a 30 días), es razonable dar el alta a domicilio sin ingreso ni pruebas cardíacas urgentes.

Recomendaciones para pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-OE	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo, se recomienda la ecocardiografía transtorácica como prueba rápida a pie de cama para establecer la función ventricular y valvular basal, evaluar las anomalías del movimiento de la pared y valorar si hay derrame pericárdico.

Clase IIa	A	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo, el tratamiento en una unidad de observación es razonable para acortar la duración de la estancia y reducir el coste en relación con un ingreso hospitalario.
------------------	----------	--

Recomendaciones para pacientes de riesgo intermedio sin enfermedad coronaria conocida

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Pruebas diagnósticas: pruebas anatómicas		
Clase I	A	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y sin enfermedad arterial coronaria conocida, aptos para la realización de pruebas diagnósticas tras una evaluación negativa o no concluyente del síndrome coronario agudo, la angiografía coronaria por tomografía computarizada es útil para excluir la placa aterosclerótica y la enfermedad arterial coronaria obstructiva.
Clase I	C-OE	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo, isquemia moderada-grave en la prueba de esfuerzo actual o anterior (≤ 1 año), y sin enfermedad coronaria conocida establecida por pruebas anatómicas previas, se recomienda la angiografía coronaria invasiva.
Clase IIa	C-DL	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y evidencia de resultados ligeramente anormales en la prueba de esfuerzo previa (≤ 1 año), la angiografía coronaria por tomografía computarizada es razonable para diagnosticar enfermedad arterial coronaria obstructiva.
Pruebas diagnósticas: pruebas de esfuerzo		
Clase I	B-NA	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y sin enfermedad arterial coronaria conocida que son elegibles para las pruebas cardíacas, el ECG de ejercicio, la ecocardiografía de estrés, la PET/SPECT imagen de perfusión miocárdica de estrés o la RMN cardíaca de estrés son útiles para el diagnóstico de isquemia miocárdica.
Pruebas diagnósticas: pruebas de diagnóstico secuenciales o complementarias		
Clase IIa	B-NA	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y sin enfermedad coronaria conocida, con una estenosis de la arteria coronaria del 40% al 90% en una arteria coronaria proximal o media en la angiografía coronaria por tomografía computarizada, la reserva de flujo fraccional con tomografía computarizada puede ser útil para el diagnóstico de la isquemia específica del vaso y para guiar la toma de decisiones sobre el uso de la revascularización coronaria.
Clase IIa	C-OE	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y sin enfermedad arterial coronaria conocida, así como con una prueba de esfuerzo previa no concluyente, la angiografía coronaria por tomografía computarizada puede ser útil para excluir la presencia de placa aterosclerótica y enfermedad arterial coronaria obstructiva.
Clase IIa	C-OE	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y sin enfermedad arterial coronaria conocida, con una angiografía coronaria por tomografía computarizada no concluyente, las imágenes de estrés (con ecocardiografía, imágenes de perfusión miocárdica por PET/SPECT o resonancia magnética cardiovascular) puede ser útil para el diagnóstico de isquemia miocárdica.

Recomendaciones para pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y enfermedad arterial coronaria conocida

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	A	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo que tienen una enfermedad arterial coronaria conocida y presentan síntomas de nueva aparición o que empeoran, se debe optimizar el tratamiento médico dirigido por las directrices antes de realizar pruebas cardíacas adicionales.
Clase I	A	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo que presentan un empeoramiento de la frecuencia de los síntomas con una estenosis significativa de la arteria coronaria izquierda, de la descendente anterior proximal o una enfermedad arterial coronaria multivazo en las pruebas anatómicas previas o con antecedentes de revascularización coronaria previa, se recomienda la realización de una angiografía coronaria invasiva.

Clase IIa	B-NA	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y enfermedad coronaria no obstructiva conocida, la angiografía coronaria por tomografía computarizada puede ser útil para determinar la progresión de la placa aterosclerótica y la enfermedad coronaria obstructiva.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y estenosis de la arteria coronaria del 40% al 90% en un segmento proximal o medio en la angiografía coronaria por tomografía computarizada, el flujo de reserva fraccional con tomografía computarizada es razonable para el diagnóstico de la isquemia específica del vaso y para guiar la toma de decisiones sobre el uso de la revascularización coronaria..
Clase IIa	B-NA	En los pacientes de riesgo intermedio con dolor torácico agudo y enfermedad arterial coronaria conocida que presentan síntomas de nueva aparición o que empeoran, es razonable la realización de imágenes de estrés (PET/SPECT de perfusión miocárdica, resonancia magnética cardiovascular o ecocardiografía de estrés).

Recomendaciones para los pacientes de alto riesgo con dolor torácico agudo, incluidos aquellos con hallazgos de alto riesgo en la angiografía coronaria por tomografía computarizada o en la prueba de esfuerzo

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	Los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de síndrome coronario agudo que presenten nuevos cambios isquémicos en el electrocardiograma, lesión miocárdica aguda confirmada por troponina, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo de nueva aparición (fracción de eyección <40%), isquemia moderada-grave recién diagnosticada en la prueba de esfuerzo, inestabilidad hemodinámica y/o una puntuación de riesgo alta en la vía de decisión clínica deben ser clasificados como de alto riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores a corto plazo.
Clase I	C-OE	Para los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de síndrome coronario agudo designados como de alto riesgo, se recomienda la angiografía coronaria invasiva.
Clase IIa	B-NA	En los pacientes de alto riesgo con dolor torácico agudo y troponina positiva en los que se ha excluido la enfermedad coronaria obstructiva mediante angiografía coronaria por tomografía computarizada o angiografía coronaria invasiva, la resonancia magnética cardiovascular o la ecocardiografía pueden ser eficaces para establecer diagnósticos alternativos.

Recomendaciones para el dolor torácico agudo en pacientes con cirugía de revascularización coronaria previa

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-DL	En los pacientes con cirugía previa de injerto de derivación arterial coronaria (by-pass) que presentan dolor torácico agudo y no tienen síndrome coronario agudo, la realización de imágenes de estrés es eficaz para evaluar la isquemia miocárdica o la angiografía coronaria por tomografía computarizada para la estenosis u oclusión del injerto.
Clase I	C-DL	En los pacientes con cirugía de bypass coronario previa que presentan dolor torácico agudo, que no tienen síndrome coronario agudo o que tienen una prueba de esfuerzo indeterminada/no diagnóstica, la angiografía coronaria invasiva es útil.

Recomendación para la evaluación de pacientes con dolor torácico agudo que reciben diálisis

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	En los pacientes que experimentan un dolor torácico agudo no remitente mientras se someten a diálisis, se recomienda el traslado por parte de los servicios médicos de emergencia a un centro de cuidados intensivos.

Recomendación para la evaluación del dolor torácico agudo en pacientes con consumo de cocaína y metanfetamina

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase IIa	B-NA	En los pacientes que presentan dolor torácico agudo, es razonable considerar el consumo de cocaína y metanfetamina como causa de sus síntomas.
------------------	-------------	--

Recomendaciones para la toma de decisiones compartida en pacientes con dolor torácico agudo

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de síndrome coronario agudo que se consideran de bajo riesgo por una vía de decisión clínica, las ayudas para la toma de decisiones del paciente son beneficiosas para mejorar la comprensión y facilitar eficazmente la transmisión del riesgo.
Clase I	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de síndrome coronario agudo que se consideran de riesgo intermedio por una vía de decisión clínica, se recomienda la toma de decisiones compartida entre el clínico y el paciente en cuanto a la necesidad de ingreso, para observación, alta o evaluación adicional en un entorno ambulatorio para mejorar la comprensión del paciente y reducir las pruebas de bajo valor.

Recomendación para la evaluación del dolor torácico agudo con patologías cardíacas no isquémicas

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-OE	En los pacientes con dolor torácico agudo en los que se sospechan otras afecciones cardíacas no isquémicas potencialmente mortales (por ejemplo, patología aórtica, derrame pericárdico, endocarditis), se recomienda la ecocardiografía transtorácica para el diagnóstico.

Recomendaciones para el dolor torácico agudo con sospecha de síndrome aórtico agudo

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-OE	En los pacientes con dolor torácico agudo en los que existe la sospecha clínica de disección aórtica, se recomienda realizar una angiografía por tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
Clase I	C-OE	En los pacientes con dolor torácico agudo en los que hay sospecha clínica de disección aórtica, se debe realizar una ecocardiografía transesofágica o una resonancia magnética cardiovascular para hacer el diagnóstico si el TAC está contraindicado o no está disponible.

Recomendaciones para el dolor torácico agudo con sospecha de embolia pulmonar

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	En pacientes estables con dolor torácico agudo con alta sospecha clínica de embolia pulmonar, se recomienda realizar un TAC utilizando un protocolo de embolia pulmonar.
Clase I	C-OE	En los pacientes con dolor torácico agudo y posible embolia pulmonar, la necesidad de realizar más pruebas debe guiarse por la probabilidad antes de la prueba.

Recomendaciones para el dolor torácico agudo con sospecha de miopericarditis

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	B-NA	En pacientes con dolor torácico agudo y lesión miocárdica que presentan arterias coronarias no obstructivas en las pruebas anatómicas, la resonancia magnética cardiovascular con contraste de gadolinio es eficaz para distinguir la miopericarditis de otras causas, como infarto agudo de miocardio con coronarias sin lesiones obstructivas (MINOCA).
Clase I	B-NA	En pacientes con dolor torácico agudo con sospecha de miopericarditis aguda, la resonancia magnética cardiovascular es útil si hay incertidumbre diagnóstica, o para determinar la presencia y extensión de la inflamación y fibrosis miocárdica y pericárdica.
Clase I	C-OE	En pacientes con dolor torácico agudo y sospecha de miopericarditis, la ecocardiografía transtorácica es eficaz para determinar la presencia de

		anomalías del movimiento de la pared ventricular, derrame pericárdico, anomalías valvulares o fisiología restrictiva.
--	--	---

Clase IIb	C-DL	En pacientes con dolor torácico agudo con sospecha de pericarditis aguda, el TAC cardíaco sin contraste o con contraste puede ser razonable para determinar la presencia y el grado de engrosamiento del pericardio.
------------------	-------------	--

Recomendaciones para el dolor torácico agudo con valvulopatía

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase I	C-OE	En los pacientes que presentan un dolor torácico agudo con sospecha o historia conocida de valvulopatía, la ecocardiografía transtorácica es útil para determinar la presencia, la gravedad y la causa de la valvulopatía.
----------------	-------------	--

Clase I	C-OE	En los pacientes que presentan un dolor torácico agudo con una valvulopatía sospechada o conocida en los que la calidad diagnóstica de la ecocardiografía transtorácica es inadecuada, la ecocardiografía transesofágica (con imágenes en 3D si está disponible) es útil para determinar la gravedad y la causa de la valvulopatía.
----------------	-------------	---

Clase IIa	C-OE	En los pacientes que presentan un dolor torácico agudo con una valvulopatía conocida o sospechada, la resonancia magnética cardiovascular es razonable como alternativa a la ecocardiografía transtorácica y/o la ecocardiografía transesofágica no es diagnóstica.
------------------	-------------	---

Recomendación para la evaluación del dolor torácico agudo con sospecha de causa no cardíaca

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase I	C-OE	Los pacientes con dolor torácico agudo deben ser evaluados por causas no cardíacas si tienen síntomas persistentes o recurrentes a pesar de una prueba de esfuerzo negativa o una evaluación cardíaca anatómica, o una clasificación de bajo riesgo por una vía de decisión clínica.
----------------	-------------	--

Recomendación para la evaluación del dolor torácico agudo con sospecha de síndromes gastrointestinales

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase IIa	C-DL	En los pacientes con dolor torácico agudo recurrente sin evidencia de una causa cardíaca o pulmonar, es razonable evaluar las causas gastrointestinales.
------------------	-------------	--

Recomendación para la evaluación del dolor torácico agudo con sospecha de ansiedad y otras consideraciones psicósomáticas

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase IIa	B-A	Para los pacientes con presentaciones similares y recurrentes de dolor torácico agudo sin evidencia de una causa fisiológica en la evaluación diagnóstica previa, incluyendo un estudio negativo de isquemia miocárdica, es razonable derivar a un terapeuta cognitivo-conductual.
------------------	------------	--

Recomendaciones para la evaluación del dolor torácico agudo en pacientes con anemia falciforme

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase I	B-NA	En los pacientes con anemia falciforme que informan de un dolor torácico agudo, se recomienda el traslado urgente por parte de los servicios médicos de emergencia a un centro de cuidados intensivos.
----------------	-------------	--

Clase I	C-DL	En los pacientes con anemia drepanocítica que refieren dolor torácico agudo, debe descartarse el síndrome coronario agudo.
----------------	-------------	--

Recomendaciones para pacientes de bajo riesgo con dolor torácico estable y sin enfermedad coronaria conocida

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Clase I	B-NA	En el caso de los pacientes con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida que acuden a la consulta externa, un modelo para estimar la probabilidad preprueba de enfermedad arterial coronaria obstructiva es útil para identificar a los pacientes con bajo riesgo de enfermedad arterial coronaria obstructiva y con un pronóstico favorable en los que se pueden aplazar las pruebas diagnósticas adicionales.
----------------	-------------	--

Clase IIa	B-A	Para los pacientes con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida clasificados como de bajo riesgo, la prueba de calcio arterial coronario es razonable como prueba de primera línea para excluir la placa calcificada e identificar a los pacientes con una baja probabilidad de enfermedad arterial coronaria obstructiva.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida clasificados como de bajo riesgo, la prueba de esfuerzo sin imagen es razonable como prueba de primera línea para excluir la isquemia miocárdica y determinar la capacidad funcional en pacientes con un ECG interpretable.
Recomendaciones para pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad coronaria conocida		
Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Pruebas diagnósticas: pruebas anatómicas		
Clase I	A	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida, la angiografía coronaria por tomografía computarizada es eficaz para el diagnóstico de la enfermedad arterial coronaria, para la estratificación del riesgo y para guiar las decisiones de tratamiento.
Pruebas diagnósticas: prueba de esfuerzo		
Clase I	B-A	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida, las imágenes de estrés (ecocardiografía de estrés, imagen de perfusión miocárdica PET/SPECT o resonancia magnética cardiovascular) son eficaces para el diagnóstico de isquemia miocárdica y para estimar el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores.
Clase IIa	B-A	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida para los que se selecciona la imagen de perfusión miocárdica nuclear en reposo/estrés, es razonable preferir la PET a la SPECT, si se dispone de ella para mejorar la precisión diagnóstica y disminuir la tasa de resultados de pruebas no diagnósticas.
Clase IIa	B-A	Para los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida, con un ECG interpretable y capacidad para alcanzar niveles máximos de ejercicio (≥ 5 MET), la electrocardiografía de ejercicio es razonable.
Clase IIb	B-NA	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable seleccionados para la obtención de imágenes de perfusión miocárdica de estrés mediante SPECT, el uso de la corrección de la atenuación o la obtención de imágenes en posición prona puede ser razonable para disminuir la tasa de falsos positivos.
Pruebas diagnósticas: evaluación de la función ventricular izquierda		
Clase I	B-NA	En pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable que presentan ondas Q patológicas, síntomas o signos sugestivos de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares complejas o un soplo cardíaco con diagnóstico nuclear, el uso de la ecocardiografía transtorácica es eficaz para el diagnóstico de la función ventricular sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo en reposo y la detección de anomalías miocárdicas, valvulares y pericárdicas.
Pruebas secuenciales o complementarias: Qué hacer si los resultados de la prueba son positivos o no concluyentes		
Clase IIa	B-NA	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y estenosis coronaria conocida del 40% al 90% en un segmento coronario proximal o medio en la angiografía coronaria por tomografía computarizada, el flujo de reserva fraccional con tomografía computarizada puede ser útil para el diagnóstico de la isquemia específica del vaso y para guiar la toma de decisiones sobre el uso de la revascularización coronaria.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable después de un ECG de ejercicio o un estudio de imagen de estrés no concluyentes o anormales, la angiografía coronaria por tomografía computarizada es razonable.

Clase IIa	B-NA	Para los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable y sin enfermedad arterial coronaria conocida que se someten a una prueba de esfuerzo, puede ser útil añadir una prueba de calcio arterial coronario.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable después de una angiografía coronaria por tomografía computarizada no concluyente, la imagen de estrés es razonable.
Clase IIb	C-OE	En los pacientes de riesgo intermedio-alto con dolor torácico estable tras una prueba de esfuerzo negativa, pero con alta sospecha clínica de enfermedad arterial coronaria, puede ser razonable realizar una angiografía coronaria por tomografía computarizada o una angiografía coronaria invasiva.

Recomendaciones para pacientes con enfermedad coronaria obstructiva que presentan dolor torácico estable

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	A	Para los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva y dolor torácico estable, se recomienda optimizar el tratamiento médico dirigido por las guías.
Clase I	C-OE	Para los pacientes con enfermedad coronaria no obstructiva conocida y dolor torácico estable, se recomienda optimizar las terapias preventivas.

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
------------------------	--------------------	---------------

Pruebas diagnósticas: pruebas anatómicas

Clase I	A	En los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva que presentan dolor torácico estable a pesar del tratamiento médico dirigido por las guías y una isquemia moderada-grave, se recomienda la realización de una angiografía coronaria invasiva para orientar la toma de decisiones terapéuticas.
Clase I	A	En el caso de los pacientes con enfermedad arterial coronaria obstructiva que presentan un dolor torácico estable a pesar de un tratamiento médico óptimo dirigido por las guías, aquellos remitidos para la realización de una angiografía coronaria invasiva sin una prueba de esfuerzo previa se benefician de la reserva de flujo fraccional o relación instantánea sin ondas.
Clase I	B-A	En los pacientes sintomáticos con enfermedad coronaria obstructiva que presentan dolor torácico estable con angiografía coronaria definida por tomografía computarizada $\geq 50\%$ de estenosis en la arteria coronaria principal izquierda, enfermedad coronaria obstructiva con reserva fraccional de flujo con TAC $\leq 0,80$, o estenosis severa ($\geq 70\%$) en los 3 vasos principales, la angiografía coronaria invasiva es eficaz para guiar la toma de decisiones terapéuticas.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes que tienen dolor torácico estable con revascularización coronaria previa, la angiografía coronaria por tomografía computarizada es razonable para evaluar la permeabilidad del bypass o del stent (para stent ≥ 3 mm).

Pruebas diagnósticas: prueba de esfuerzo

Clase I	B-NA	Para los pacientes con enfermedad arterial coronaria obstructiva que tienen dolor torácico estable a pesar del tratamiento médico óptimo dirigido por las directrices, se recomiendan las imágenes de perfusión miocárdica PET/SPECT de estrés, la resonancia magnética cardiovascular o la ecocardiografía para el diagnóstico de la isquemia miocárdica, la estimación del riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores y la orientación de la toma de decisiones terapéuticas.
Clase IIa	B-A	En el caso de los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva que presentan un dolor torácico estable a pesar del tratamiento médico óptimo indicado por las directrices, cuando se seleccionan para la obtención de imágenes de perfusión miocárdica nuclear en reposo/estrés, es razonable preferir la PET a la SPECT, si está disponible, para mejorar la precisión del diagnóstico y disminuir la tasa de resultados de pruebas no diagnósticas.
Clase IIa	B-NA	En el caso de los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva que presentan un dolor torácico estable a pesar del tratamiento médico

		pautado, la prueba de esfuerzo en cinta rodante puede ser útil para determinar si los síntomas son compatibles con la angina de pecho, evaluar la gravedad de los síntomas, valorar la capacidad funcional y seleccionar el tratamiento, incluida la rehabilitación cardíaca.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con enfermedad arterial coronaria obstructiva que presentan síntomas de dolor torácico estable y que se someten a imágenes de perfusión miocárdica por PET de estrés o a una resonancia magnética cardiovascular de estrés, la adición de la reserva de flujo sanguíneo miocárdico es útil para mejorar la precisión del diagnóstico y la estratificación del riesgo.

Recomendaciones para pacientes con cirugía de bypass coronario previo con dolor torácico estable

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase I	C-DL	En los pacientes que se han sometido a una cirugía de bypass coronario previo y que presentan un dolor torácico estable cuyos resultados de la prueba de esfuerzo no invasiva muestran una isquemia de moderada a grave, o en aquellos en los que se sospecha una isquemia miocárdica con una prueba de esfuerzo indeterminada/no diagnóstica, se recomienda la realización de una angiografía coronaria invasiva para orientar la toma de decisiones terapéuticas.
Clase IIa	C-DL	En los pacientes que se han sometido a una cirugía de bypass coronario previo y que presentan un dolor torácico estable en el que se sospecha una isquemia miocárdica, es razonable realizar una imagen de estrés o una angiografía coronaria por tomografía computarizada para evaluar la isquemia miocárdica o la estenosis u oclusión del injerto.

Recomendaciones para pacientes con enfermedad coronaria no obstructiva conocida que presentan dolor torácico estable

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Pruebas diagnósticas: pruebas anatómicas		
Clase IIa	B-NA	En los pacientes sintomáticos con enfermedad coronaria no obstructiva conocida que presentan dolor torácico estable, la angiografía coronaria por tomografía computarizada es razonable para determinar la importancia de la placa aterosclerótica y la progresión hacia la enfermedad coronaria obstructiva, y para orientar la toma de decisiones terapéuticas.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con estenosis coronarias conocidas del 40% al 90% en la angiografía coronaria por tomografía computarizada, la reserva fraccional de flujo puede ser útil para el diagnóstico de la isquemia específica del vaso y para guiar la toma de decisiones sobre el uso de la angiografía coronaria invasiva.
Pruebas diagnósticas: prueba de esfuerzo		
Clase IIa	C-DL	Para los pacientes con enfermedad coronaria extensa no obstructiva conocida con síntomas estables de dolor torácico, las imágenes de estrés (PET/SPECT, resonancia magnética cardiovascular o ecocardiografía) son razonables para el diagnóstico de isquemia miocárdica.

Recomendaciones para pacientes con sospecha de isquemia y sin enfermedad coronaria obstructiva

Clase de recomendación	Nivel de evidencia	Recomendación
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico estable persistente y enfermedad arterial coronaria no obstructiva y al menos isquemia miocárdica leve en las imágenes, es razonable considerar las pruebas de función coronaria invasivas para mejorar el diagnóstico de la disfunción microvascular coronaria y mejorar la estratificación del riesgo.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico estable persistente y enfermedad arterial coronaria no obstructiva, la imagen de perfusión miocárdica por PET de estrés con reserva de flujo sanguíneo miocárdico es razonable para diagnosticar la disfunción microvascular y mejorar la estratificación del riesgo.
Clase IIa	B-NA	Para los pacientes con dolor torácico estable persistente y enfermedad arterial coronaria no obstructiva, la resonancia magnética cardiovascular

		de estrés con la adición de la medición de la reserva de flujo sanguíneo miocárdico es razonable para mejorar el diagnóstico de la disfunción miocárdica coronaria y para estimar el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores.
Clase IIb	C-OE	En los pacientes con dolor torácico persistente y enfermedad arterial coronaria no obstructiva, la ecocardiografía de estrés con la adición de la medición de la reserva de velocidad del flujo coronario puede ser razonable para mejorar el diagnóstico de la disfunción miocárdica coronaria y para estimar el riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

2021 AHA/ACC/ASE/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. JACC. 28 Oct 2021

<https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2021.07.053>

APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RECOMENDACIÓN Y EL NIVEL DE EVIDENCIA A ESTRATEGIAS CLÍNICAS

CLASE (INTENSIDAD) DE RECOMENDACIÓN

Clase I (alta)	Beneficio >>> Riesgo
Clase IIa (moderada)	Beneficio >> Riesgo
Clase IIb (baja)	Beneficio ≥ Riesgo
Clase III: sin beneficio (moderada)	Beneficio = Riesgo
Clase III: perjuicio (alta)	Riesgo > Beneficio

NIVEL (CALIDAD) DE EVIDENCIA

NIVEL A	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de alta calidad obtenida de más de 1 ensayo clínico aleatorizado (ECA). Metaanálisis de varios ECA de alta calidad. Uno o más ECA corroborados por estudios de registro de alta calidad.
NIVEL B-A (aleatorizado)	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de calidad moderada obtenida de 1 o varios ECA. Metaanálisis de varios ECA de calidad moderada.
NIVEL B-NA (no aleatorizado)	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de calidad moderada obtenida de 1 o más estudios no aleatorizados, estudios de observación o estudios de registro bien diseñados y ejecutados. Metaanálisis de dichos estudios.
NIVEL C-DL (datos limitados)	<ul style="list-style-type: none"> Estudios de observación de registro aleatorizados o no aleatorizados con limitaciones de diseño o ejecución. Metaanálisis de dichos estudios. Estudios fisiológicos o farmacodinámicos en sujetos humanos.
NIVEL C-OE (opinión de expertos)	<ul style="list-style-type: none"> Consenso de opiniones de expertos basadas en la experiencia clínica.

Urgencias y Emergencias®