

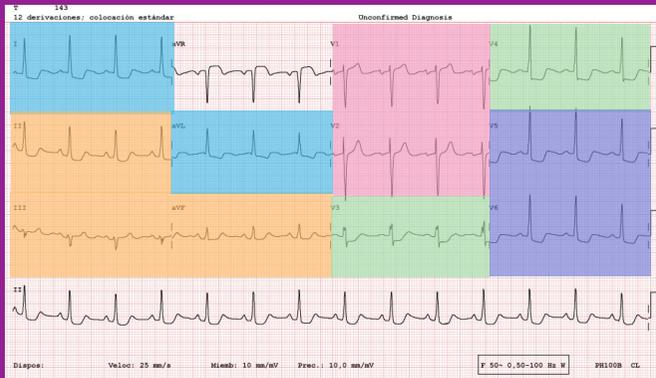
# DOLOR TORÁCICO



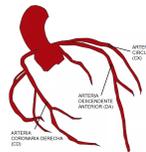
Los algoritmos sólo se deben usar en conjunto con toda la información clínica disponible, incluyendo una valoración detallada de las características del dolor torácico y el ECG.

**1% de los pacientes: ELEVACION TARDÍA DE TROPONINA**  
Si la sospecha clínica sigue siendo alta o si el paciente presenta dolor recurrente, SE DEBEN SERIAR LOS NIVELES DE TROPONINA.

## CORRELACIÓN ECG Y ARTERIA EN SCACEST



- ANTEROSEPTAL (Descendente anterior):**
  - V1-V2: Septal
  - V3-V4: Anterior
- LATERAL (Circunfleja, descendente anterior):**
  - Alta : I, aVL
  - Baja: V5-V6
- INFERIOR (Coronaria derecha, circunfleja):** II, III, aVF



1. SCACEST inferior
2. Descenso del ST V1-V2

¿Cuándo realizar derivaciones derechas y posteriores?

# MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN URGENCIAS

EN COLABORACIÓN CON EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

**HELENA CONTRERAS MÁRMOL**  
**ESTHER GIGANTE MIRAVALLES**  
**ALEJANDRO CABELLO RODRIGUEZ**  
**CRISTINA MORANTE PEREA**  
**MARTA FLORES HERNÁN**  
**LUIS MANUEL HERNANDO ROMERO**  
**RAFAEL RUBIO DÍAZ**



### BIBLIOGRAFIA

1. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European Heart Journal (2019) 40, 87-165.
2. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2018) 39, 119-117.
3. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2015;68(12):1125.e1-e64.

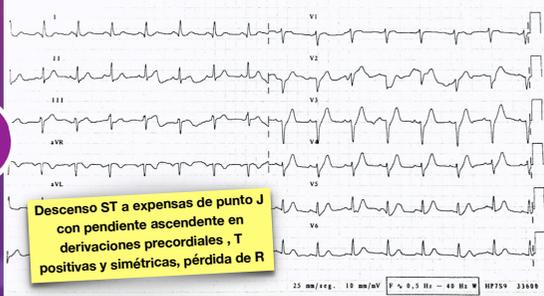
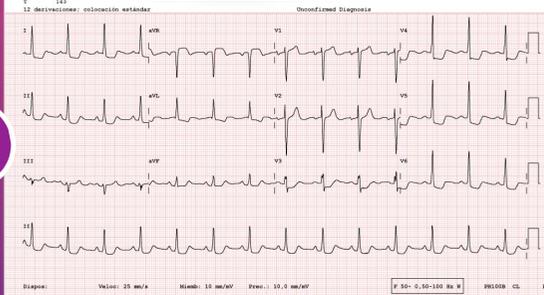
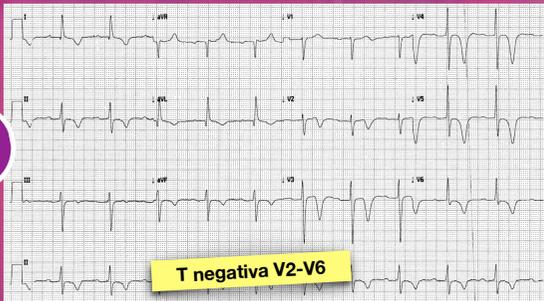
# SCASEST DE ALTO RIESGO

## DATOS CLÍNICOS DE ALTO RIESGO

- Inestabilidad hemodinámica.
- Arritmias malignas o PCR.
- Edema agudo de pulmón.
- Síntomas persistentes refractarios a tratamiento médico (Obtener otras derivaciones en el ECG (V3R,V4R,V7-V9) si se sospecha isquemia en curso y las derivaciones habituales no son concluyentes).

## DATOS ECG DE ALTO RIESGO

- Cambios dinámicos en el segmento ST y onda T, especialmente la elevación transitoria del ST (< 20 minutos).
- Síndrome de Wellens o amenaza de la DA. (1)
- Descenso del ST generalizado y elevación en aVR (sospecha de lesión de tronco o multivaso). (2)
- Patrón de "De Winter" (sospecha de IAM anterior). (3)



# manejo de SCASEST

Monitor con desfibrilador \*  
Gafas nasales si SatO2 < 90%  
Control del dolor: nitratos. Si refractario: cloruro mórfico

# manejo de SCACEST

Monitor con desfibrilador  
Gafas nasales si SatO2 < 90%  
Control del dolor: cloruro mórfico

Nitratos indicados en:  
- Control del dolor.  
- Hipertensión arterial, IC.  
**PRECAUCIÓN EN EL SCACEST INFERIOR**

## SOLICITAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS\*\*

ANALÍTICA: función renal e iones, perfil hepático, Troponina I, hemograma, coagulación  
RADIOGRAFÍA de tórax  
ELECTROCARDIOGRAMAS seriados con y sin dolor

\* Si troponina negativa (Ej: angina inestable), sin síntomas persistentes y ECG normal no requiere necesariamente monitor con desfibrilador pero si tener acceso rápido a uno.

\*\* Sin que ello suponga retraso en la realización del cateterismo

## INICIAR TRATAMIENTO y Avisar a Cardiología

AAS 300 mg v.o.  
si no lo tomaba previamente

AAS 300 mg v.o.  
si no lo tomaba previamente

### Asociar IBP

- Omeprazol 20 mg VO
- Pantoprazol 40 mg VO si Clopidogrel

HBPM 1 mg/kg/12h sc.  
(si ClCr < 30 → 1 mg/kg/24h sc.)

¿Contraindicaciones para Ticagrelor\*\*\*\*, riesgo hemorrágico muy alto (CRUSADE >50) o anticoagulación oral permanente?

NO

SI

Ticagrelor 180 mg v.o. DC  
Ticagrelor 90 mg / 12 h v.o.

Se puede administrar la DC independientemente del pretratamiento con clopidogrel por el 112

¿Contraindicaciones para nuevos P2Y12\*\*\*, riesgo hemorrágico muy alto o anticoagulación oral permanente?

SI

NO

Clopidogrel 600 mg DC  
Clopidogrel 75 mg / 24 h v.o.

Ticagrelor 180 mg v.o. DC  
Ticagrelor 90 mg / 12 h v.o.  
o  
Prasugrel 60 mg v.o. DC  
Prasugrel 10 mg / 24 h v.o.

Se puede administrar la DC de TICAGRELOR independientemente del pretratamiento con clopidogrel por el 112

**PRASUGREL NO RECOMENDADO SI HA TENIDO PRETRATAMIENTO CON CLOPIDOGREL**

¿Existen contraindicaciones para fibrinólisis? \*\*\*\*

NO

**FIBRINOLISIS**

Clopidogrel

< 75 años: 300 mg DC  
> 75 años: 75 mg DC

### \*\*\* CONTRAINDICACIONES

- PRASUGREL**
- ACV o accidente isquémico transitorio.
  - ACV hemorrágico previo.
  - Anticoagulación oral permanente.
  - Enfermedad hepática moderada o grave.
  - DM 5 mg/día: > 75 años o peso corporal bajo (< 60 kg).

### TICAGRELOR

- ACV hemorrágico.
- Anticoagulación oral permanente.
- Enfermedad hepática moderada o grave.

### \*\*\* C.I. FIBRINOLISIS

- Hemorragia IC previa o ACV de origen desconocido en cualquier momento.
- ACV isquémico en los 6 meses previos.
- Enfermedad del SNC.
- Traumatismo CE.
- Hemorragia GI en el último mes.
- Trastorno hemorrágico conocido.
- Disección aórtica.
- Punciones no comprensibles en las últimas 24 h (punción lumbar, biopsia hepática...)

Relativas: anticoagulación oral, 1º semana embarazo o posparto, EH avanzada, EI, úlcera péptica activa

Tnl = Troponina I  
DC = Dosis de Carga