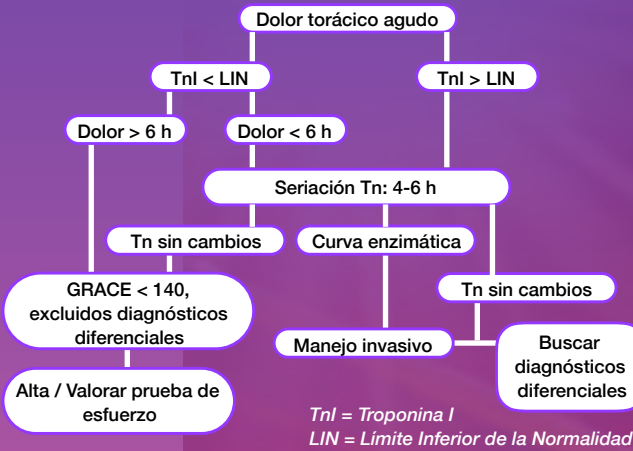


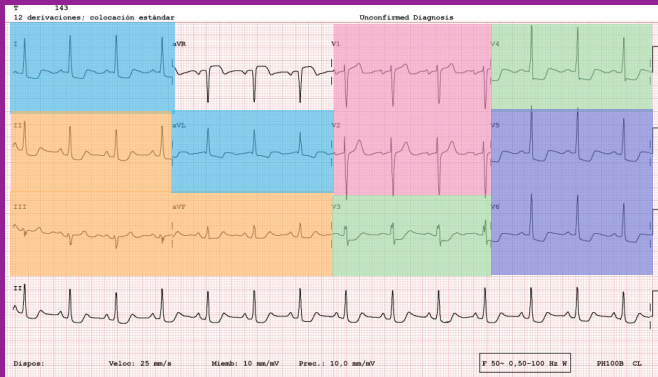
# DOLOR TORÁCICO



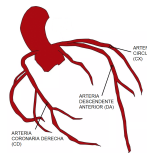
Los algoritmos sólo se deben usar en conjunto con toda la información clínica disponible, incluyendo una valoración detallada de las características del dolor torácico y el ECG.

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.

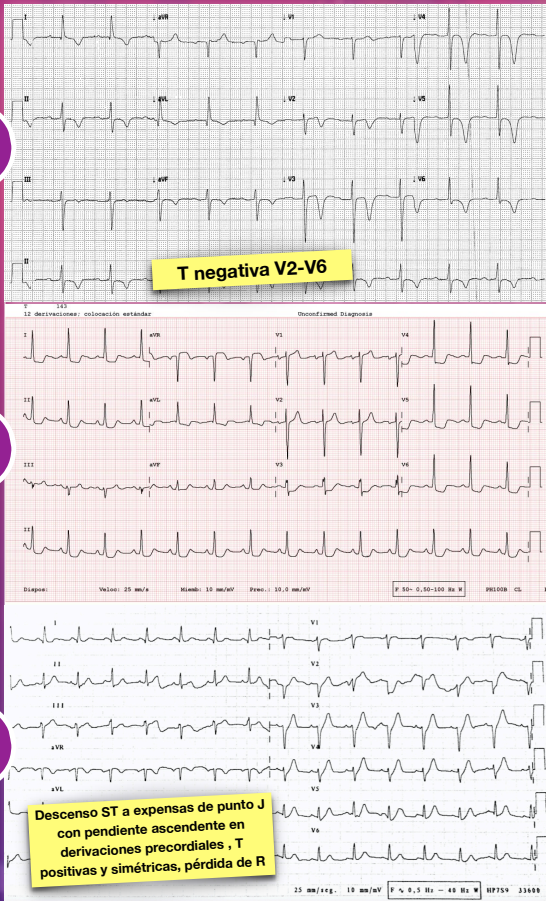
# SCASEST DE ALTO RIESGO

## 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 Cl<sub>Cr</sub> < 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

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

SI

NO

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

SI

NO

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**

### \*\*\* 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