



SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

1 GENERALIDADES

El Síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) incluye el infarto sin onda Q y la angina inestable (ausencia de elevación enzimática).

Se caracteriza por la presencia de dolor anginoso de más de 20 minutos de duración asociado o no a cambios del ECG compatibles con isquemia miocárdica aguda.

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INGRESO

A la llegada al Servicio de Urgencias se seguirá el protocolo de dolor torácico.

- ❖ ECG de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos, junto con historia y exploración física dirigidas en ese tiempo.
- ❖ Ante la sospecha de IAM: acostar al paciente, monitorizarlo, poner O₂ y coger 2 vías venosas periféricas.

2.1 ECG

- ❖ Podemos encontrar ECG normal o con cambios inespecíficos de la onda T, inversión de la onda T, depresión del ST o elevación transitoria del ST.
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.2 Analítica en urgencias

- ❖ Hemograma, coagulación y bioquímica básica con marcadores cardiacos (troponina T y CK).
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.3 Rx de tórax

- ❖ No hay hallazgos específicos de SCSEST. Si no hay sospecha de otra patología torácica, se podrá hacer Rx tórax portátil en UCC
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.4 Analítica en las primeras 24 horas de ingreso

- ❖ Solicitar bioquímica completa para el día siguiente del ingreso, pedir perfil lipídico, si no se dispone de niveles recientes. Deberá preferiblemente extraerse en ayunas y dentro de las primeras 24 horas del ingreso (los niveles de colesterol tras un SCA desciende rápidamente en los siguientes 1 a 3 días, no siendo válida su determinación).
- ❖ Indicaciones: todos los pacientes que ingresan por IAM.

3 CLASIFICACIÓN SEGÚN GRUPOS DE RIESGO

Es importante la estratificación precoz en grupos de riesgo, ya que se asocia con el pronóstico a medio plazo (riesgo de muerte o infarto en el primer mes).

Existen diferentes clasificaciones del dolor torácico según sus características clínicas como la de la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS) y la de Braunwald.

En esta guía, en concreto, se utilizan las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología de 2002.



3.1 Alto riesgo

- ❖ Angina recurrente con tratamiento farmacológico adecuado.
- ❖ Cambios transitorios o persistentes en el segmento ST > 1 mv en al menos 2 derivaciones concordantes.
- ❖ Elevación de Troponina ≥ 10 veces el rango normal.
- ❖ Inestabilidad hemodinámica: Shock, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca, hipotensión arterial o insuficiencia mitral aguda significativa.
- ❖ Arritmias ventriculares severas.
- ❖ Angina postinfarto (1 mes).
- ❖ Fracción de eyección de ventrículo izquierdo $\leq 35\%$.

3.2 Riesgo intermedio

- ❖ Angina de reposo o prolongada con cambios en el ST en las últimas 24 horas.
- ❖ Antecedentes de infarto de miocardio, revascularización coronaria (IPC o cirugía de bypass aortocoronario).
- ❖ Edad > 70 años. Mayores de 80 años sin deterioro mental evidente, autonomía personal y ausencia de otra enfermedad importante.
- ❖ Diabetes Mellitus.
- ❖ T (-) en más de 5 derivaciones con el dolor o profundidad mayor de 0,5 mv en derivaciones precordiales.
- ❖ Descenso del segmento ST < 1 mv en al menos 2 derivaciones concordantes.
- ❖ Elevación de Troponina ≤ 10 veces el rango normal.
- ❖ Enfermedad vascular de otro territorio (cerebral o vascular periférico).

3.3 Bajo riesgo

- ❖ Angina de esfuerzo reciente, al menos en GF III/IV.
- ❖ Rápida respuesta a NTG
- ❖ ECG normal o con cambios inespecíficos de la onda T
- ❖ Troponina normal a las 6 horas del último episodio de dolor.

4 TRATAMIENTO

4.1 Manejo inicial

- ❖ Oxígeno: pacientes con congestión pulmonar o saturación de O₂ < 90%.
- ❖ Nitroglicerina iv: en las primeras 24-48 horas en todos los pacientes con IAM que no tengan hipotensión (TAs < 90 mmHg), bradicardia (< 50 latidos pm) o taquicardia.
- ❖ Betabloqueantes: dentro de las primeras 24 horas a todos los pacientes sin contraindicación para los betabloqueantes.
- ❖ Aspirina: dosis inicial de 250 mg de absorción rápida seguido de una dosis diaria de 100 mg. En caso de intolerancia Clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg/24 horas.
- ❖ Calcioantagonistas: Verapamil o diltiazem en pacientes con contraindicación para betabloqueantes para control de la frecuencia cardíaca y de la isquémica persistente y en ausencia de contraindicaciones (fallo cardíaco clínico, disfunción sistólica de VI o bradicardia).
- ❖ IECAS o ARA II: pacientes con insuficiencia cardiaca clínica y/o FEVI $\leq 40\%$ en ausencia de hipotensión o de contraindicaciones para su uso.



4.2 Ingreso y tratamiento antitrombótico

- ❖ Riesgo alto e intermedio con 2 o más criterios de riesgo
 1. Ingreso en Unidad Coronaria / UVI
 2. Antiagregación:
 - Clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg/24 horas
 - Tirofiban (AGRASTAT®) según tabla de dosificación durante un mínimo de 48 horas y un máximo de 96 horas.
 - Si se va a realizar Cateterismo en las 12-24 horas siguientes es razonable no iniciar Inhibidores de las GP IIb/IIIa. En caso de stent se valorará iniciar Abciximab en la sala de Hemodinámica.
 3. Anticoagulación:
 - Heparina IV 60 u/Kg (máximo 5000 u) en bolo i.v. y perfusión i.v. para mantener un TTP de 2-2,5 en pacientes que reciban Tirofiban o en los que se ha planificado una estrategia invasiva.
 - Enoxaparina 1 mg/Kg cada 12 horas s.c. o Nadroparina 0,1 cc/Kg cada 12 horas s.c., en pacientes con tratamiento conservador.

- ❖ Resto de los pacientes con riesgo intermedio.
 1. Ingreso en planta del Servicio de Cardiología
 2. Antiagregación:
 - Clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg/24 horas.
 3. Anticoagulación:
 - Enoxaparina 1 mg/Kg cada 12 horas s.c. o Nadroparina 0,1 cc/Kg cada 12 horas s.c.

- ❖ Riesgo bajo.
 1. Ingreso en la Unidad de Dolor Torácico
 2. Antiagregación:
 - AAS 100 mg.v.o./24 horas. En caso de intolerancia a la AAS se dará Clopidogrel 75 mg/24 horas

4.3 Indicaciones de coronariografía

- ❖ Riesgo alto:
 - Dentro de las 48 horas de inicio del cuadro.
- ❖ Riesgo intermedio
 - Dentro de los 4 primeros días de evolución
- ❖ Riesgo bajo o intermedio no incluido en el apartado anterior
 - Criterios de positividad en la estratificación de riesgo no invasiva antes del alta.

5 ESTUDIOS A REALIZAR EN EL PACIENTE CON SCASEST ANTES DEL ALTA

5.1 Ecocardiograma transtorácico

- ❖ Todos los pacientes con SCA deben tener un estudio de la función de VI previo al alta. Si hay un estudio reciente (<3 meses), no hay necrosis significativa y no hay complicaciones, no es necesario nuevo estudio.



- ❖ Si no se ha realizado ventriculografía previamente, se realizará ecocardiografía.

5.2 Prueba de esfuerzo

- ❖ Se realizará en todos los pacientes sin revascularización percutánea, o aquellos con revascularización parcial, bajo medicación, con el fin de completar la estratificación del riesgo. En aquellos pacientes con test de ejercicio positivo de alto riesgo se deberá realizar cateterismo cardiaco para valorar revascularización.
- ❖ El test de ejercicio se puede realizar a partir de las 24-48 horas de la estabilización.

5.3 Ecografía-dobutamina o gammagrafía de perfusión

- ❖ Pacientes en los que el resultado de la prueba de esfuerzo no sea concluyente, o que el ECG basal no sea interpretable.
- ❖ Pacientes en los que la ergometría tiene utilidad limitada (mujeres, hipertrofia VI, incapacidad de realizar esfuerzo adecuado).
- ❖ Con la finalidad de identificar la arteria responsable.
- ❖ Para identificar viabilidad miocárdica en pacientes con disfunción de VI.
- ❖ Si existe una clara incapacidad física del paciente para realizar un ejercicio aceptable, se realizará test farmacológico endovenoso o se utilizará éste para complementar el ejercicio físico.
- ❖ Al igual que la prueba de esfuerzo se puede realizar a partir de 24-48 horas de la estabilización.
- ❖ Se identifican como criterios de mal pronóstico los trastornos de la perfusión miocárdica reversibles muy severos o extensos, la presencia de alteraciones a baja carga y la dilatación isquémica de VI.

5.4 Estudio electrofisiológico

- ❖ Ver capítulo de arritmias

6 MEDIDAS TERAPÉUTICAS TRAS SCASEST

3.1 Antiagregación

- ❖ Durante el primer año se mantendrá con doble antiagregación (ASPIRINA 100 mg/día + CLOPIDOGREL 75 mg/día) A partir del año se continuará con 100 mg de ASPIRINA de forma indefinida y si hay contraindicación se dará CLOPIDOGREL 75 mg al día.

3.2 Betabloqueantes

- ❖ De forma indefinida. Si existe contraindicación y tienen buena función VI se pueden utilizar CALCIOANTAGONISTAS

3.3 Estatinas



- ❖ Tratamiento dietético obligado. Iniciar tto. farmacológico si LDL > 130 mg/dL ó en pacientes con diabetes si LDL > 100 mg/dL.
- ❖ En dislipemias severas valorar remitir a Policlínicas de Nutrición.

3.4 IECAs / ARA II

- ❖ Al igual que las estatinas los IECAs se recomiendan en el tratamiento a largo plazo debido a que pueden facilitar la estabilidad de la placa.



Manejo del SCASEST

SCASEST

Clínica, ECG, marcadores séricos

