

PROTOCOLO

ILCOR: manejo inicial del Síndrome Coronario Agudo: Revisión y cambios

Paz Martín D (1), Cardona Peretó J (2)

(1) Complejo Hospitalario de Toledo.

(2) Hospital de Denia.

Resumen

El término Síndrome Coronario Agudo (SCA) engloba tres entidades diferentes de las manifestaciones agudas de la enfermedad coronaria:

- * Infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST)
- * Infarto de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)
- * Angina inestable (AI).

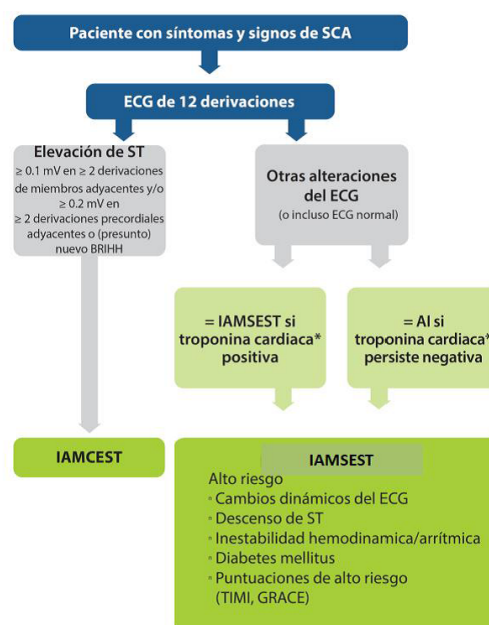
Aunque la mortalidad hospitalaria del IAMCEST está disminuyendo significativamente debido a las terapias de reperfusión modernas y a la mejoría de la profilaxis secundaria, la mortalidad global a los 28 días ha permanecido prácticamente estable debido a que dos tercios de los fallecimientos ocurren antes de llegar al hospital, fundamentalmente debidos a arritmias malignas desencadenadas por la isquemia.

La mejor forma de optimizar la supervivencia pasaría por reducir la demora desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico y por la terapia dirigida iniciada en la fase prehospitalaria precoz.

Introducción

El término Síndrome Coronario Agudo (SCA) engloba tres entidades diferentes de las manifestaciones agudas de la enfermedad coronaria (Fig. 1):

- Infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST)
- Infarto de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST)
- Angina inestable (AI).



* Las troponinas cardiacas ultrasensibles son preferibles por su alta sensibilidad

Fig 1. Definiciones del SCA (modificado de Recomendaciones ERC 2015 - Resumen ejecutivo Traducción oficial al castellano del CERCPC)

Aunque la mortalidad hospitalaria del IAMCEST está disminuyendo significativamente debido a las terapias de reperfusión modernas y a la mejoría de la profilaxis secundaria, la mortalidad global a los 28 días ha permanecido prácticamente estable debido a que dos tercios de los fallecimientos ocurren antes de llegar al hospital, fundamentalmente **debidos a arritmias malignas desencadenadas por la isquemia**.

La mejor forma de optimizar la supervivencia pasaría por **reducir la demora** desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico y por la terapia dirigida iniciada en la fase prehospitalaria precoz.

Resumen de los cambios con respecto a las guías de 2010

Intervenciones diagnósticas en el SCA

- Se recomienda la realización prehospitalaria de un electrocardiograma de doce derivaciones en pacientes con sospecha de IAMCEST. Para aquellos pacientes con IAMCEST, el ECG prehospitalario, acelera la decisión de reperfusión prehospitalaria y hospitalaria y reduce la mortalidad tanto en los casos de intervención coronaria percutánea (ICP) primaria como entre los que reciben terapia fibrinolítica (ERC).
- Se sugiere la interpretación electrocardiográfica del IAMCEST por personal no médico con o sin ayuda de sistemas informáticos de interpretación, si puede mantenerse un rendimiento diagnóstico adecuado y

verificado a través de programas de calidad (ERC).

- Por su parte la AHA no recomienda la interpretación informática como única medida diagnóstica de IAMCEST debido a las altas tasas de falsos negativos (Class III: Harm, LOE B-NR) sino que la interpretación debe realizarse por médicos o personal entrenado para reconocer un IAMCEST (Class IIb, LOE C-LD)
- Ante un IAMCEST, la activación prehospitalaria del laboratorio de cateterismo podría no sólo disminuir el retraso del tratamiento, sino también la mortalidad (ERC).
- La determinación de troponinas cardíacas de alta sensibilidad en la evaluación inicial del paciente no puede emplearse como medida aislada para descartar SCA, pero en pacientes de muy bajo riesgo podría justificar un alta temprana (ERC).
- La AHA recomienda que niveles de troponina cardíaca de alta sensibilidad menores que el percentil 99, medidas a las 0 y 2 horas, podrían ser evaluados junto con un riesgo bajo (score de TIMI 0 o 1 o bajo riesgo de la escala Vancouver) para predecir una probabilidad a 30 días de eventos cardíacos adversos mayores inferior al 1% (Class IIa, LOE B-NR).

Intervenciones terapéuticas en SCA (Fig.2)

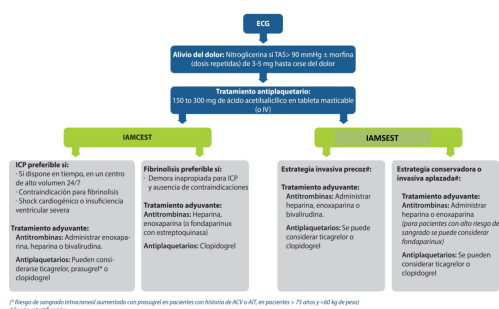


Fig 2. Algoritmo de tratamiento del SCA (modificado de Recomendaciones ERC 2015 - Resumen ejecutivo Traducción oficial al castellano del CERCP)

- Podrían administrarse antagonistas del receptor de adenosina difosfato (clopidogrel, ticagrelor o prasugrel con restricciones específicas) tanto en el periodo prehospitalario como en el área de urgencias a pacientes con IAMCEST en los que se haya planeado ICP primaria (*ERC* y *AHA*) (Class IIb, LOE C-LD).
- Puede ser administrada heparina no fraccionada tanto en el periodo prehospitalario como en el área de urgencias a pacientes con IAMCEST en los que se haya planeado ICP primaria (*ERC*). En este punto la *AHA* es más conservadora y reconoce que la administración de heparina podría aumentar la complejidad del manejo del paciente en el servicio de urgencias, por lo que recomienda que aquellos equipos que ya realicen esta terapia continúen con su práctica habitual (Class IIb, LOE B-NR).
- En el IAMCEST, como alternativa a la heparina no fraccionada prehospitalaria podría emplearse enoxaparina (*ERC* y *AHA*) (Class IIb, LOE B-NR).
- Los pacientes con dolor torácico agudo y probable SCA no necesitan oxígeno suplementario

a menos que presenten signos de hipoxia, disnea o insuficiencia cardiaca (*ERC*).

Decisiones en reperfusión en IAMCEST

- Las decisiones en reperfusión se han revisado en diferentes circunstancias locales posibles (*ERC*).
- Cuando se ha planeado la estrategia terapéutica de fibrinólisis en el IAMCEST, se recomienda realizarla de forma prehospitalaria en lugar de esperar al hospital cuando los tiempos de transporte sean superiores a 30 minutos y el personal prehospitalario esté bien entrenado (*ERC* y *AHA*) (Class IIa, LOE B-R).
- En regiones geográficas con disponibilidad de ICP, el triage directo y transporte para ICP es preferible a la fibrinólisis prehospitalaria en los pacientes con IAMCEST (*ERC* y *AHA*) (Class IIb, LOE B-R).
- Los pacientes con IAMCEST presentes en el departamento de urgencias de un hospital sin capacidad de ICP, deberían ser trasladados inmediatamente a un centro con ICP cuando la demora en la ICP sea menor de 120 minutos (60 a 90 minutos en aquellos con presentaciones tempranas o con infartos extensos), de lo contrario estos pacientes deberían recibir fibrinólisis y ser transportados a un centro con ICP (*ERC*).
- Para la *AHA*:
 - IAMCEST de menos de 2h †' fibrinólisis inmediata en lugar de ICP si el traslado es mayor de 60 minutos (Class IIb, LOE C-LD)
 - IAMCEST entre 2-3 horas †' podrían ser razonables tanto

fibrinólisis inmediata como ICP si el traslado es de 60 -120 min (Class I Ib, LOE C-LD)

- IAMCEST entre 3 y 12h †' ICP con un traslado de hasta 120 minutos en lugar de fibrinólisis podría ser razonable (Class I Ib, LOE C-LD)
- Los pacientes que reciben terapia fibrinolítica en el departamento de urgencias de un hospital sin ICP deberían ser trasladados rutinariamente si es posible para realizar una angiografía temprana (dentro de las 3 a 24 horas de la fibrinólisis) en lugar de trasladarse sólo si existe indicación por persistencia de isquemia (*ERC Y AHA*) (Class I Ib, LOE B-R).
- La ICP en las 3 horas siguientes a la administración de fibrinólisis no está recomendada y sólo puede realizarse en caso de fracaso de la fibrinólisis (*ERC*).

Decisiones hospitalarias en reperfusión tras recuperación de la circulación espontánea (*ROSC*)

- Se recomienda evaluación cardiaca emergente mediante cateterismo (e ICP inmediata si se requiere) de forma similar a los pacientes con IAMCEST sin parada cardiaca, en pacientes adultos con *ROSC* tras parada cardiaca extrahospitalaria de probable origen cardiaco con elevación del ST en el ECG (*ERC y AHA*) (Class I, LOE B-NR).
- En pacientes comatosos y con *ROSC* tras parada cardiaca extrahospitalaria de probable

origen cardiaco pero sin elevación del ST en el ECG, es razonable considerar una evaluación cardiaca emergente mediante cateterismo para aquellos pacientes con un alto riesgo de causa coronaria de la parada cardiaca (*ERC y AHA*) (Class I Ia, LOE B-NR).

Bibliografía

1. Nikolaou NI, Danchin N, Arntz HR, Bellou A, Beyqui F et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 8. Initial management of acute coronary syndromes. Resuscitation, Volume 95 , 264 ““ 277. ([PubMed](#)) ([PDF](#))
2. O'Connor RE, Al Ali AS, Brady WJ, Ghaemmaghami CA et al. Part 9: Acute coronary syndromes. 2015 American Heart Association Guidelines Update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2015;132:s483-s500. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

Correspondencia al autor

Daniel Paz Martín
dpaz@anestesiario.org
MD PhD EDAIC EDIC FEEA Servicio
Anestesiología y Reanimación
Complejo Hospitalario de Toledo. Miembro
sección de Cuidados Intensivos de la SEDAR.

[Publicado en AnestesiaR el 20 de enero de 2016](#)