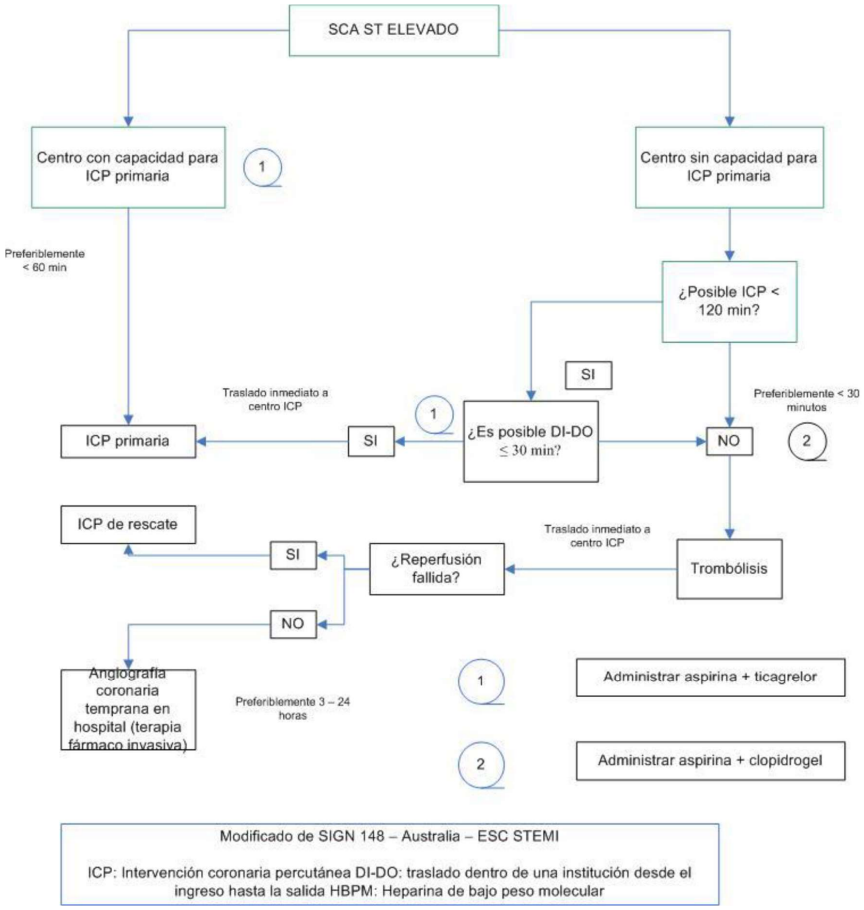
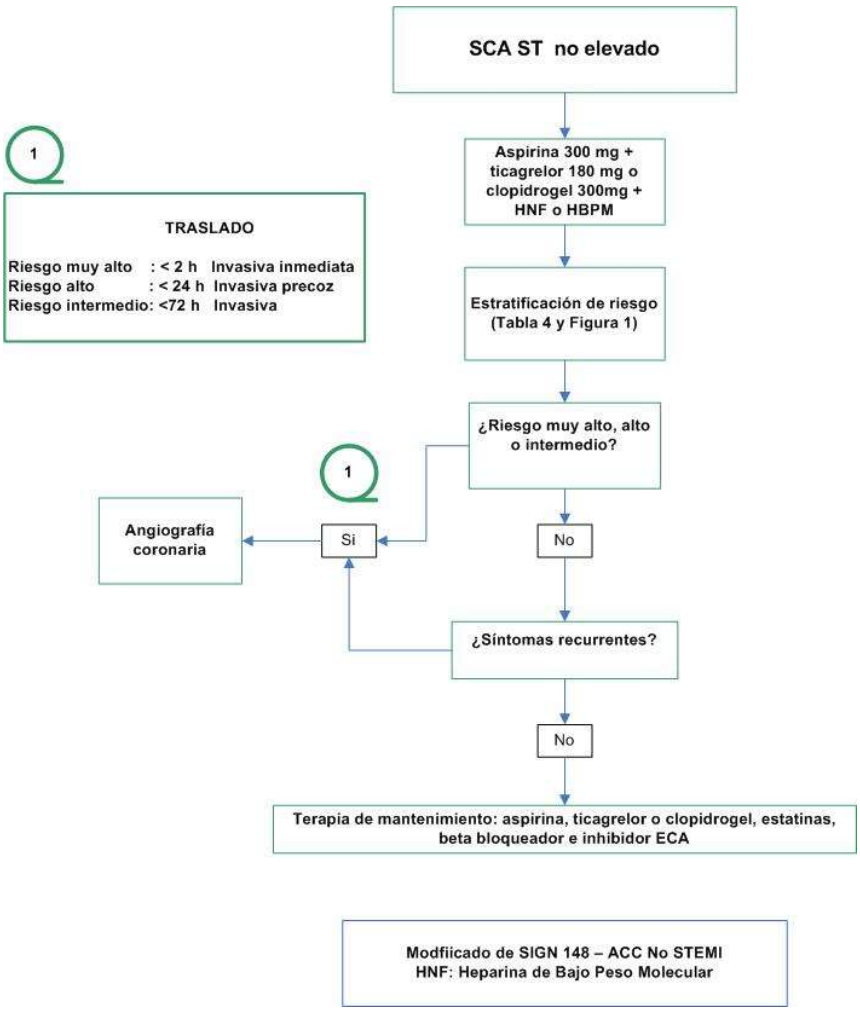
Flujograma del diagnóstico y manejo del SCA ST ELEVADO



Modificado de SIGN 148 – ACC No STEMI
HNF: Heparina no fraccionada
HBPM: Heparina de bajo peso molecular

Flujograma del diagnóstico y manejo del SCA No ST ELEVADO



- **Lista completa de recomendaciones**

Recomendaciones SCA ST elevado

Recomendaciones	Fuerza y Dirección
Cuadro clínico, evaluación y diagnóstico	
Presentación clínica y evaluación inmediata	
En los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo se recomienda que sean evaluados inmediatamente por un profesional de la salud competente y debe realizársele un electrocardiograma de 12 derivaciones.	Fuerte a favor
Se recomienda que la toma del electrocardiograma se realice e interprete dentro de los primeros 10 minutos de contacto con el médico/llegada al hospital.	Buena Práctica Clínica
Se recomienda repetir electrocardiogramas de 12 derivaciones si el diagnóstico es incierto o se produce un cambio en el estado del paciente, y antes del alta del hospital.	Buena Práctica Clínica
En los pacientes con Bloqueo de rama o cambios en el ST persistentes que no cumplan con criterios de SCA se recomienda que se les entregue una copia de su electrocardiograma para ayudar en el manejo clínico futuro si vuelven a presentar un cuadro clínico sospechoso de síndrome coronario agudo.	Buena Práctica Clínica
Evaluación con biomarcadores en SCA	
Se sugiere que las concentraciones de troponina se midan al ingreso y 12 horas después del inicio de los síntomas para establecer el pronóstico de infarto de miocardio.	Condicional a favor
Manejo inicial	
Prestación de Servicios	
Los pacientes con síndrome coronario agudo deben ser manejados en un hospital que cuente con capacidad de reperfusión: Intervención Coronaria Percutánea (ICP) o fibrinólisis.	Buena Práctica Clínica
Monitoreo cardiaco	
Los pacientes con síndrome coronario agudo deben tener monitoreo continuo del ritmo cardiaco y proximidad a un desfibrilador.	Fuerte a favor
Terapia antiplaquetaria	
En presencia de cambios isquémicos electrocardiográficos, los pacientes con síndrome coronario agudo deben ser tratados inmediatamente con: aspirina (300 mg de dosis carga) y clopidogrel (300 mg de dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años), o ticagrelor (180 mg de dosis carga) en quienes se someterán a intervención coronaria percutánea primaria dentro de los 120 minutos desde el diagnostico electrocardiográfico.	Fuerte a favor
Para los pacientes con síndrome coronario agudo, en quienes los riesgos del uso de ticagrelor (sangrado) superan los beneficios (reducción de recurrencia de eventos aterotrombóticos), se puede considerar aspirina (300 mg de dosis carga) y clopidogrel (300 mg de dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años).	Condicional a favor
Debe administrarse aspirina (162 a 325 mg dosis carga) y clopidogrel (300 mg de dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años) en pacientes con síndrome coronario agudo ST elevado que reciben terapia fibrinolítica.	Fuerte a favor
Aspirina debe continuarse indefinidamente y clopidogrel (75 mg diarios) debería continuarse por al menos 14 días en pacientes con síndrome coronario agudo ST elevado que recibió terapia fibrinolítica.	Fuerte a favor

Ticagrelor no debería ser utilizado como adyuvante de fibrinólisis porque no ha sido estudiado en este escenario.	Buena Práctica Clínica
Terapia anticoagulante	
Los pacientes con SCA ST elevado que reciben terapia de reperfusión o no, deben ser tratados inmediatamente con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular.	Fuerte a favor
Terapia de reperfusión para síndromes coronarios con elevación del segmento ST	
Los pacientes con SCA con elevación del ST deberían ser tratados inmediatamente con ICP primaria.	Fuerte a favor
Transferencia de pacientes a centros con capacidad de ICP primaria	
Deben desarrollarse protocolos locales para el tratamiento rápido de los pacientes que presentan SCA con elevación del ST. Se debe considerar transferir de emergencia a los pacientes hacia centros con capacidad de ICP primaria.	Fuerte a favor
La ICP primaria debería ser hecha por el centro con menor tiempo de transferencia para el paciente.	Buena Práctica Clínica
Todos los centros deberían participar en auditorias constantes de tiempos y retrasos de tratamiento standard relacionado a ICP primaria.	Buena Práctica Clínica
Angioplastia con stent coronario	
La implantación del stent coronario debería ser usada en pacientes que reciben ICP.	Fuerte a favor
Trombectomía	
La trombectomía no debería ser usada de manera rutinaria durante la ICP primaria.	Fuerte en contra
Terapia trombolítica	
Cuando la ICP primaria no puede ser provista dentro de los 120 minutos del diagnóstico electrocardiográfico, los pacientes con SCA con elevación del ST deberían recibir terapia trombolítica inmediata (prehospitalaria o a su admisión).	Fuerte a favor
La trombólisis debería ser hecha con un agente fibrino-específico.	Fuerte a favor
La transferencia a un hospital capaz de realizar ICP para angiografía coronaria es razonable para los pacientes con síndrome coronario agudo ST elevado que recibieron terapia fibrinolítica incluso cuando ya se encuentren hemodinámicamente estables y con evidencia clínica de reperfusión. La angiografía debe realizarse tan pronto sea logísticamente factible en el hospital con capacidad de ICP e idealmente dentro de las primeras 24 horas, pero no debe realizarse en las primeras 3 horas de la administración del trombolítico (estrategia fármacoinvasiva).	Condicional a favor
Los pacientes que presentan SCA ST elevado en quienes la terapia trombolítica es fallida, deberían ser considerados para ICP de rescate y ser transferidos a un centro con capacidad de ICP.	Condicional a favor
Estrategia fármacoinvasiva	
pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST tratados con terapia trombolítica exitosa deben ser considerados para angiografía coronaria y revascularización temprana.	Condicional a favor

Los hospitales que adopten la intervención invasiva temprana para los pacientes con síndrome coronario agudo deben considerar el alta precoz en aquellos pacientes con bajo riesgo de eventos subsecuentes.	Buena Práctica Clínica
Vía de acceso para intervención coronaria percutánea (ICP)	
En pacientes con síndrome coronario agudo, el acceso vascular de elección para realizar la ICP debe ser la arteria radial.	Fuerte a favor
Control Glicémico	
Los pacientes con síndrome coronario agudo confirmado y diabetes mellitus o hiperglicemia marcada (>11.0 mmol/L=200 mg/dl) deben tener un control inmediato de la glucosa con el valor objetivo de 7.0 a 10.9 mmol/L (126 a 196 mg/dl).	Fuerte a favor
Intervención farmacológica temprana	
Terapia antiplaquetaria	
Aspirina	
Después del SCA todos los pacientes deben mantenerse en terapia con aspirina a largo plazo.	Fuerte a favor
Se recomienda una dosis de 75 a 100 mg de aspirina al día en pacientes con SCA.	Buena Práctica Clínica
Terapia antiplaquetaria doble	
Los pacientes con SCA deben recibir tratamiento antiplaquetario doble durante seis meses. Pueden utilizarse períodos más largos cuando los riesgos de acontecimientos aterotrombóticos superan el riesgo de sangrado. Pueden utilizarse períodos más cortos cuando los riesgos de sangrado superan el riesgo de episodios aterotrombóticos.	Fuerte a favor
Terapia con estatinas	
Los pacientes con SCA deben comenzar la terapia a largo plazo con estatinas antes del alta hospitalaria.	Fuerte a favor
Terapia beta - bloqueadora	
Los pacientes con SCA deben mantenerse en terapia con beta-bloqueadores a largo plazo.	Fuerte a favor
Nitratos	
Los nitratos deben utilizarse en pacientes con SCA para aliviar el dolor cardíaco debido a la isquemia miocárdica continua o para tratar la insuficiencia cardíaca aguda.	Buena Práctica Clínica
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA)	
Los pacientes con angina inestable deben comenzar el tratamiento a largo plazo con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.	Fuerte a favor
Los pacientes con infarto de miocardio deben iniciar terapia con inhibidores de la ECA a largo plazo dentro de las primeras 36 horas.	Fuerte a favor
Bloqueadores del receptor de angiotensina	
Los pacientes con infarto de miocardio complicado por disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca que son intolerantes a la terapia con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina deben iniciar terapia con bloqueadores de receptor de angiotensina a largo plazo.	Fuerte a favor
Intervenciones psicosociales tempranas	
Se debe ofrecer evaluación e intervención psicosocial temprana a los pacientes con síndrome coronario agudo, con énfasis en la identificación y manejo de creencias de salud y conceptos cardiacos erróneos.	Fuerte a favor

La intervención psicosocial forma parte de los programas formales de rehabilitación cardiaca y deben ser vistos como un proceso continuo a lo largo del cuidado del paciente.	Buena Práctica Clínica

RECOMENDACIONES SCA ST no elevado

Recomendaciones	Fuerza y Dirección
Cuadro clínico, evaluación y diagnóstico	
Presentación clínica y evaluación inmediata	
En los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo se recomienda que sean evaluados inmediatamente por un profesional de la salud competente y debe realizársele un electrocardiograma de 12 derivaciones.	Fuerte a favor
Se recomienda que la toma del electrocardiograma se realice e interprete dentro de los primeros 10 minutos de contacto con el médico/llegada al hospital.	Buena Práctica Clínica
Se recomienda repetir electrocardiogramas de 12 derivaciones si el diagnóstico es incierto o se produce un cambio en el estado del paciente, y antes del alta del hospital.	Buena Práctica Clínica
En los pacientes con Bloqueo de rama o cambios en el ST persistentes que no cumplan con criterios de SCA se recomienda que se les entregue una copia de su electrocardiograma para ayudar en el manejo clínico futuro si vuelven a presentar un cuadro clínico sospechoso de síndrome coronario agudo.	Buena Práctica Clínica
Evaluación con biomarcadores en SCA	
En pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo, se sugiere medir las concentraciones de troponina sérica al inicio y a las 12 horas para guiar el manejo y tratamiento apropiados.	Condicional a favor
Manejo inicial	
Prestación de Servicios	
Los pacientes con síndrome coronario agudo deben ser manejados en un hospital que cuente con capacidad de monitoreo cardiaco.	Buena Práctica Clínica
Monitoreo cardiaco	
Los pacientes con síndrome coronario agudo deben tener monitoreo continuo del ritmo cardiaco y proximidad a un desfibrilador.	Fuerte a favor
Terapia antiplaquetaria	
En presencia de cambios isquémicos electrocardiográficos, los pacientes con síndrome coronario agudo deben ser tratados inmediatamente con: aspirina (300 mg de dosis carga) y clopidogrel (300 mg de dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años). Utilizar ticagrelor (180 mg de dosis carga) en pacientes con riesgo isquémico intermedio a muy alto que se someterán a intervención coronaria percutánea.	Fuerte a favor
Para los pacientes con síndrome coronario agudo se puede considerar aspirina (300 mg de dosis carga) y clopidogrel (300 mg de dosis carga para pacientes <75 años, 75 mg para pacientes > 75 años) cuando los riesgos (sangrado) superan los beneficios (reducción de recurrencia de eventos aterotrombóticos) de ticagrelor.	Condicional a favor
Ticagrelor no debería ser utilizado como adyuvante de fibrinólisis porque no ha sido estudiado en este escenario.	Buena Práctica Clínica
Terapia anticoagulante	

En la presencia de cambios isquémicos electrocardiográficos o elevación de los marcadores cardiacos, los pacientes con síndrome coronario agudo deben ser tratados inmediatamente con heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular (HBPM).	Fuerte a favor
La terapia anticoagulante debe continuarse por ocho días o hasta el alta hospitalaria o la revascularización coronaria.	Buena Práctica Clínica
Control glicémico	
Los pacientes con síndrome coronario agudo confirmado y diabetes mellitus o hiperglicemia marcada (>11.0 mmol/L=200 mg/dl) debe tener un control inmediato de la glucosa con el valor objetivo de 7.0 a 10.9 mmol/L (126 a 196 mg/dl).	Fuerte a favor
Estratificación de riesgo y pruebas no invasivas	
Estratificación de riesgo	
La estratificación de riesgo usando puntuaciones clínicas debería ser hecha para identificar aquellos pacientes con SCA que tengan mayor probabilidad de beneficiarse de las intervenciones tempranas. Tabla N°12	Fuerte a favor
Puntuaciones de estratificación de riesgo	
El uso de la puntuación GRACE favorece mayor generalización y exactitud para la estratificación de riesgo en pacientes con SCA.	Buena Práctica Clínica
El uso de la puntuación CRUSADE puede ser considerado en los pacientes sometidos a angiografía coronaria para cuantificar el riesgo de sangrado.	Buena Práctica Clínica
Evaluación de la función cardiaca	
En pacientes con SCA, la evaluación de la función cardiaca debería ser hecha para identificar aquellos pacientes en alto riesgo y para ayudar a la selección de las intervenciones terapéuticas más apropiadas.	Fuerte a favor
Prueba de esfuerzo	
La prueba de esfuerzo con o sin imágenes antes del alta debería ser considerada en pacientes de bajo riesgo con SCA.	Buena Práctica Clínica
Estrategia invasiva y revascularización	
Estrategia invasiva	
Sindrome coronario agudo ST no elevado	
Los pacientes con síndrome coronario agudo ST no elevado de muy alto, alto o mediano riesgo de evento cardiovascular recurrente temprano deben ser sometidos a angiografía coronaria y revascularización temprana.	Fuerte a favor
Vías de acceso para intervención coronaria percutánea (ICP)	
En pacientes con síndrome coronario agudo a quienes se les realiza ICP, la vía de acceso vascular de elección debe ser la arteria radial.	Fuerte a favor
Cirugía de revascularización de la arteria coronaria	
En pacientes con síndrome coronario agudo ST no elevado y enfermedad coronaria tributaria de revascularización:	Condicional a favor

- La cirugía de revascularización de la arteria coronaria debería considerarse para pacientes con diabetes mellitus, enfermedad del tronco principal izquierdo, o enfermedad arterial coronaria multivaso. - La intervención coronaria percutánea debería considerarse para pacientes con puntuación SYNTAX de 22 o menos o aquellos con alto riesgo quirúrgico.	
La selección de la estrategia de revascularización debe acordarse en consulta con el paciente y el equipo multidisciplinario cardiaco (Heart Team) tomando en cuenta las preferencias del paciente, la complejidad de la enfermedad, las comorbilidades y la experiencia local.	Buena Práctica Clínica
Intervención farmacológica temprana	
Terpia antiplaquetaria	
Aspirina	
Después del SCA todos los pacientes deben mantenerse en terapia con aspirina a largo plazo.	Fuerte a favor
Se recomienda una dosis de 75 a 100 mg de aspirina al día en pacientes con SCA.	Buena Práctica Clínica
Terpia antiplaquetaria doble	
Los pacientes con SCA deben recibir tratamiento antiplaquetario doble durante doce meses. Pueden utilizarse períodos más largos cuando los riesgos de acontecimientos aterotrombóticos superan el riesgo de sangrado. Pueden utilizarse períodos más cortos cuando los riesgos de sangrado superan el riesgo de episodios aterotrombóticos.	Fuerte a favor
Terpia con estatinas	
Los pacientes con SCA deben comenzar con la terapia a largo plazo con estatinas antes del alta hospitalaria.	Fuerte a favor
Terapia beta-bloqueadora	
Los pacientes con SCA deben mantenerse en el tratamiento con beta-bloqueadores a largo plazo.	Fuerte a favor
Nitratos	
Los nitratos deben utilizarse en pacientes con SCA para aliviar el dolor cardíaco debido a la isquemia miocárdica continua o para tratar la insuficiencia cardíaca aguda.	Buena práctica clínica
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA)	
Los pacientes con angina inestable deben comenzar con el tratamiento a largo plazo con inhibidores de la enzima covertidora de la angiotensina.	Fuerte a favor
Los pacientes con infarto de miocardio deben iniciar terapia con inhibidores de la ECA a largo plazo dentro de las primeras 36 horas.	Fuerte a favor
Bloqueadores del receptor de angiotensina	
Los pacientes con infarto de miocardio complicado por disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca que son intolerantes a la terapia con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina deben iniciar terapia con bloqueadores de receptor de angiotensina a largo plazo.	Fuerte a favor
Intervenciones psicosociales tempranas	

Se debe ofrecer evaluación e intervención psicosocial temprana a los pacientes con síndrome coronario agudo, con énfasis en la identificación y manejo de creencias de salud y conceptos cardiacos erróneos.	Fuerte a favor
La intervención psicosocial forma parte de los programas formales de rehabilitación cardiaca y deben ser vistos como un proceso continuo a lo largo del cuidado del paciente.	Buena Práctica Clínica