

● síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST): Angina inestable e infarto sin elevación de ST (AI/IAMNST).

Definición funcional

Proceso de atención al paciente que consulta, en cualquier punto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), por dolor torácico (DT) sugestivo de isquemia miocárdica aguda y cuyo ECG inicial descarta elevación persistente del ST. Por todo ello, se establece una sospecha diagnóstica inicial de angina inestable o infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (AI/IAMNST), y se dan los pasos para la confirmación del diagnóstico y para su estratificación de riesgo que permita seleccionar el tratamiento más adecuado (farmacológico y/o revascularización) en el menor tiempo posible, garantizando la continuidad asistencial y buscando la máxima recuperación funcional del paciente y su consiguiente inserción sociolaboral.

Normas de calidad

- La evaluación inicial urgente del paciente con DT se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida: (a) Anamnesis dirigida al DT, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares; (b) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o insuficiencia cardíaca) y (c) Análisis del ECG.
- Ante todo DT con indicios de gravedad, se adoptarán las siguientes medidas generales: (1) Monitorización ECG. (2) Cercanía a desfibrilador y medios de reanimación cardiopulmonar (RCP). (3) Reposo. (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para analítica basal urgente. (5) Evitar inyecciones intramusculares. (6) Pulsioximetría. (7) Oxigenoterapia. (8) Aliviar rápidamente el DT mediante NTG s.l. y analgésicos convencionales o mórnicos i.v. si precisa. (9) Considerar sedación. (10) Administrar 160-325 mg de AAS, salvo contraindicaciones.
- La evaluación ulterior del paciente con sospecha de AI/IAMNST debe abarcar los 7 aspectos siguientes: (1) Analizar las características del DT (típico o no) buscando datos clínicos sugestivos de isquemia miocárdica, así como la duración del dolor (prolongado o no). (2) Analizar el patrón evolutivo (estable o inestable) del DT en el último mes de evolución. (3) Analizar la prevalencia de cardiopatía isquémica en el grupo de población considerado (en función de la edad y sexo del paciente). (4) Identificar factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares: tabaquismo, sedentarismo, obesidad, HTA, diabetes mellitus, antecedentes familiares y personales de cardiopatía isquémica (incluyendo infarto o revascularización previos), dislipemia, insuficiencia renal y afectación vascular en otros territorios (arteriopatía periférica y/o AVC). (5) Buscar datos de inestabilidad hemodinámica (R3, estertores, disfunción mitral, hipotensión). (6) Analizar el ECG: buscando alteraciones de la repolarización (cambios dinámicos del ST-T), ondas Q patológicas y arritmias. (7) Valorar marcadores de daño miocárdico: se usará siempre la troponina y al menos un segundo marcador: CPK-MB masa y/o mioglobina. Se repetirán cada 4-6 h. junto con el ECG durante las 8-12 h. primeras.

[angina inestable]

- La estratificación del riesgo es obligada en todo paciente con AI/IAMNST (ya que guiará su manejo inicial) y debe basarse en una combinación de criterios clínicos, ECG y bioquímicos (troponina) rápidamente obtenibles (descritos en el apartado previo). Hay que valorar también el riesgo hemorrágico de las medidas que se implanten, en función, entre otros factores, de la edad, sexo, peso corporal, función renal y antecedentes de hemorragia.
- Adecuada hospitalización del paciente en función del riesgo: las características de cada enfermo y centro determinarán la ubicación adecuada de estos pacientes. En general, los pacientes de alto riesgo ingresarán en camas monitorizadas (UCI o Unidad Coronaria); los de riesgo intermedio en el área de hospitalización convencional, preferentemente de Cardiología; los de riesgo bajo, pueden permanecer en el área de observación de Urgencias, durante las primeras 8-12 horas. El ECG y la analítica (troponina y CPK-MB masa) se repetirán cada 4-6 horas, de forma que, si han permanecido estables y sin alteraciones eléctricas ni enzimáticas durante 12 h, se les podrá realizar un test de isquemia miocárdica (TIM, generalmente mediante ergometría) antes del alta o se remitirán para su realización ambulatoria.
- El tratamiento inicial de una AI/IAMNST incluirá (además de las 10 medidas generales anteriormente descritas): (1) Tratamiento antiisquémico con: NTG sublingual o i.v. (en casos de dolor persistente o recurrente) y betabloqueantes como primera opción terapéutica, salvo contraindicaciones. Los betabloqueantes se administrarán por vía i.v. seguido de vía oral en los casos de alto riesgo, o bien directamente por vía oral en pacientes de riesgo intermedio o bajo. Ocasionalmente, pueden usarse calcioantagonistas, en casos de intolerancia a betabloqueantes, o angina refractaria a pesar del uso combinado de nitritos y betabloqueantes. (2) Tratamiento antitrombótico: además de la doble antiagregación plaquetaria oral con AAS y clopidogrel, se indicará tratamiento anticoagulante, salvo contraindicaciones: entre varias opciones de anticoagulación, la enoxaparina subcutánea es la más usada actualmente. En este contexto clínico no está indicado el tratamiento fibrinolítico.
- En los casos de alto riesgo, se añadirá tratamiento antiagregante con anti-GPIIb/IIIa y se planteará intervencionismo coronario percutáneo precoz.
- Los pacientes con las siguientes características de alto riesgo deben considerarse para una estrategia invasiva mediante coronariografía y revascularización: a) Angina con cambios dinámicos del ST o elevación de marcadores bioquímicos de daño miocárdico; b) Angina postinfarto; c) Isquemia recurrente en reposo o con mínimos esfuerzos, a pesar de tratamiento antiisquémico; d) Isquemia con insuficiencia cardíaca, R3 o insuficiencia mitral; e) Inestabilidad hemodinámica; f) Taquicardia ventricular sostenida; g) Disfunción ventricular izquierda (FE<40%); h) Diabetes mellitus; i) Test no invasivos con indicios de alto riesgo (Tabla 5); j) Angioplastia coronaria o cirugía coronaria previa.
- En cuanto al tratamiento de revascularización, en general, los pacientes con lesiones favorables, de uno o dos vasos, suelen remitirse a angioplastia. Algunos de estos pacientes pueden ser también tratados farmacológicamente cuando las lesiones se consideran inapropiadas para revascularización o bien son de bajo riesgo. En los pacientes con enfermedad multivaso y buenos lechos distales, especialmente si hay disfunción ventricular izquierda o afectación de la descendente anterior proximal o



[angina inestable]

diabetes, se indica habitualmente cirugía coronaria. La ACTP se emplea como alternativa a la cirugía en una proporción creciente de enfermos multivaso, con la ventaja de su inmediatez para situaciones agudas. La enfermedad del tronco izquierdo común no protegido implica cirugía coronaria salvo comorbilidades avanzadas o malos lechos distales que la hagan inviable.

- Como regla general, antes del alta hospitalaria debe haberse completado la estratificación de riesgo de los pacientes mediante valoración de la función VI (generalmente con ecocardiograma) y de la isquemia (TIM, generalmente con ergometría), salvo en los casos de alto riesgo clínico que deben ser sometidos a coronariografía antes del alta sin precisar otras pruebas funcionales previas.
- Tratamiento a largo plazo: mantener la doble antiagregación con AAS (de forma indefinida) y clopidogrel durante 12 meses, salvo contraindicación. Continuar con tratamiento antiisquémico siguiendo las directrices ya expresadas en el tratamiento inicial. Se administrarán fármacos hipolipemiantes (estatinas) además de la dieta, de forma indefinida, para mantener un colesterol LDL < 100 mg/dl e incluso < 70 mg/dl. Frecuentemente se asociará un IECA, especialmente en pacientes con HTA, disfunción VI, insuficiencia cardíaca o diabetes mellitus.
- Emisión de un informe clínico de alta hospitalaria que incluya: resumen del proceso, tratamiento a seguir, descripción de las exploraciones complementarias realizadas y pendientes, citas para revisión clínica posterior y recomendaciones de actividad física, pautas de hábitos saludables y corrección de factores de riesgo coronario. Asimismo, los pacientes deben ser instruidos en cómo actuar ante la aparición de dolor torácico, sobre el uso de NTG s.l. y de cómo activar los sistemas de emergencia sanitaria (061) si fuera necesario.
- Inclusión del enfermo en las bases de datos de pacientes con antecedentes de cardiopatía (tipo "Programa Corazón"), de forma que si éstos tienen que activar en el futuro los sistemas de emergencia sanitaria (061), se facilite la toma de decisiones y se acorten los tiempos de asistencia.
- Asegurar la continuidad asistencial, mediante seguimiento del paciente en Consultas de AE y AP, donde se atenderán los siguientes aspectos: (1) Valoración clínica para detectar recurrencias isquémicas y/o datos de disfunción ventricular. (2) Ajustar el tratamiento farmacológico en función de la evolución del enfermo. (3) Proporcionar educación sanitaria y consejos apropiados para el control de los factores de riesgo coronario.

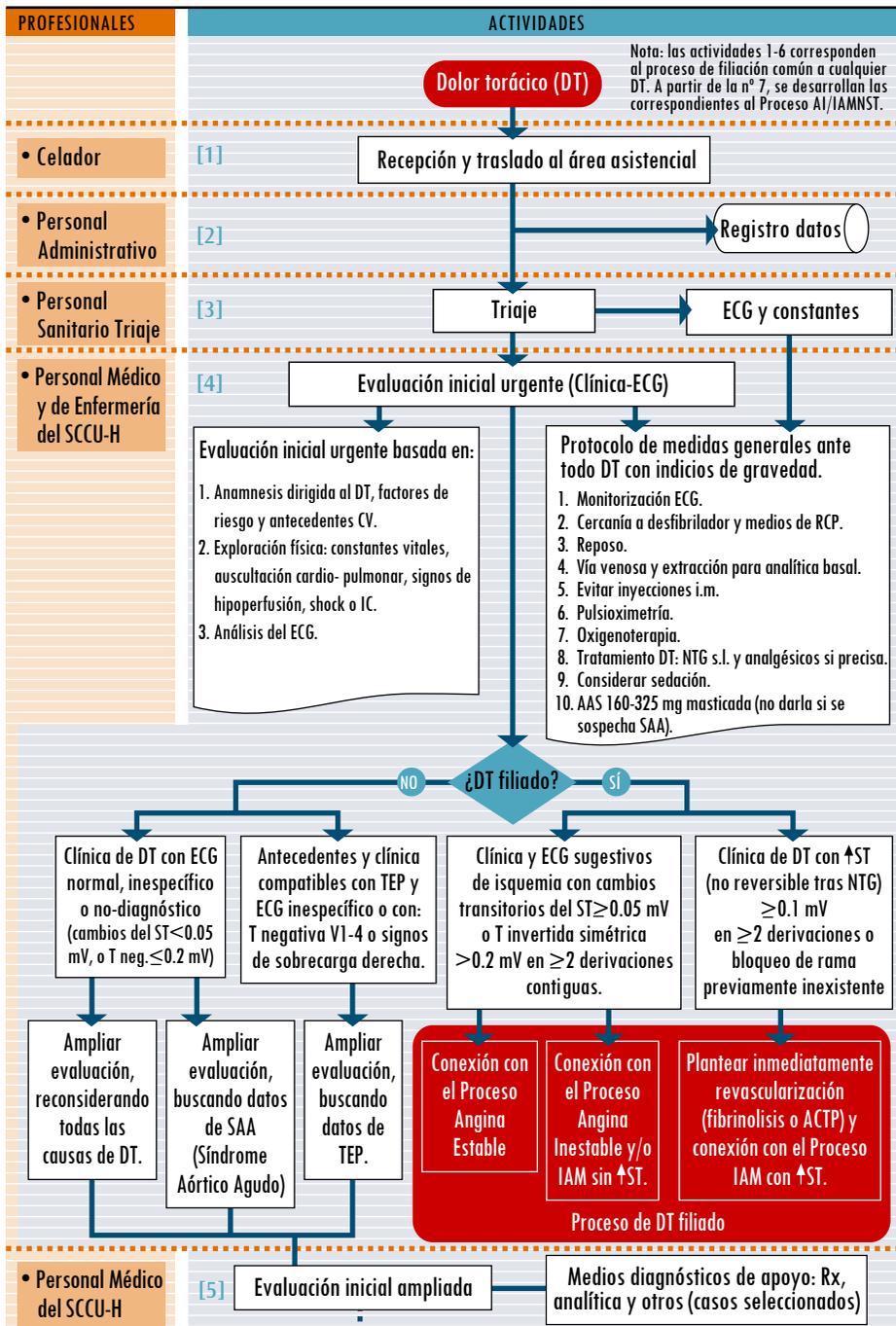
NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA-SAS

1. En la historia clínica y en el informe de alta del paciente con SCASEST deberá constar la estratificación de su riesgo.

2. La coronariografía (y revascularización precoz, si procede), deberá realizarse en la gran mayoría de los pacientes con SCASEST de alto riesgo. Por tanto, se monitorizarán las coronariografías efectuadas en el SCASEST en general, y de modo muy especial, en los casos de mayor riesgo.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: SCCU-H



[angina inestable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: SCCUH]

• Personal Médico del del SCCU-H

[5]

Evaluación inicial ampliada

Medios diagnósticos de apoyo: Rx, analítica y otros (casos seleccionados)

Ampliación de la evaluación inicial en el DT

1. Ampliar anamnesis y exploración en todos los casos.
2. Exploraciones complementarias que se solicitarán en la mayoría de los casos: Rx tórax y analítica (troponina y CPK - MB masa y/o mioglobina).
3. Para descartar SCA: ECGs y enzimas cardíacas seriados.
4. Si se sospecha de TEP: gasometría arterial, dímero D y considerar anticoagulación, independientemente de que se soliciten angio-TC, gammagrafía pulmonar, eco-doppler de miembros inferiores y/o flebografía
5. Si se sospecha SAA solicitar: TC torácico, ecocardiograma (ETT/EFE) o RM, según experiencia y disponibilidad.

Ampliación de la evaluación inicial en angina estable

1. Analizar características del DT (típico/atípico).
2. Valorar patrón evolutivo del DT (estable/inestable).
3. Analizar prevalencia de C. isquémica (edad/sexo).
4. Identificar FRC y antecedentes cardiovasculares.
5. Descartar datos de inestabilidad hemodinámica.
6. Analizar ECG: cambios ST-T, ondas Q, arritmias.
7. Descartar que se trate de un SCA: en casos dudosos, valorar marcadores de daño miocárdico (troponina, CPK-MB masa).

• Según Protocolo Interservicios del Hospital

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

[6]

NO

¿DT filiado?

SÍ

Evaluación inicial no concluyente:
ECG, Rx de tórax y analítica sin alteraciones significativas.

Observación y test (*) (ECG y analítica) seriados cada 4-6 h.)

Evolución

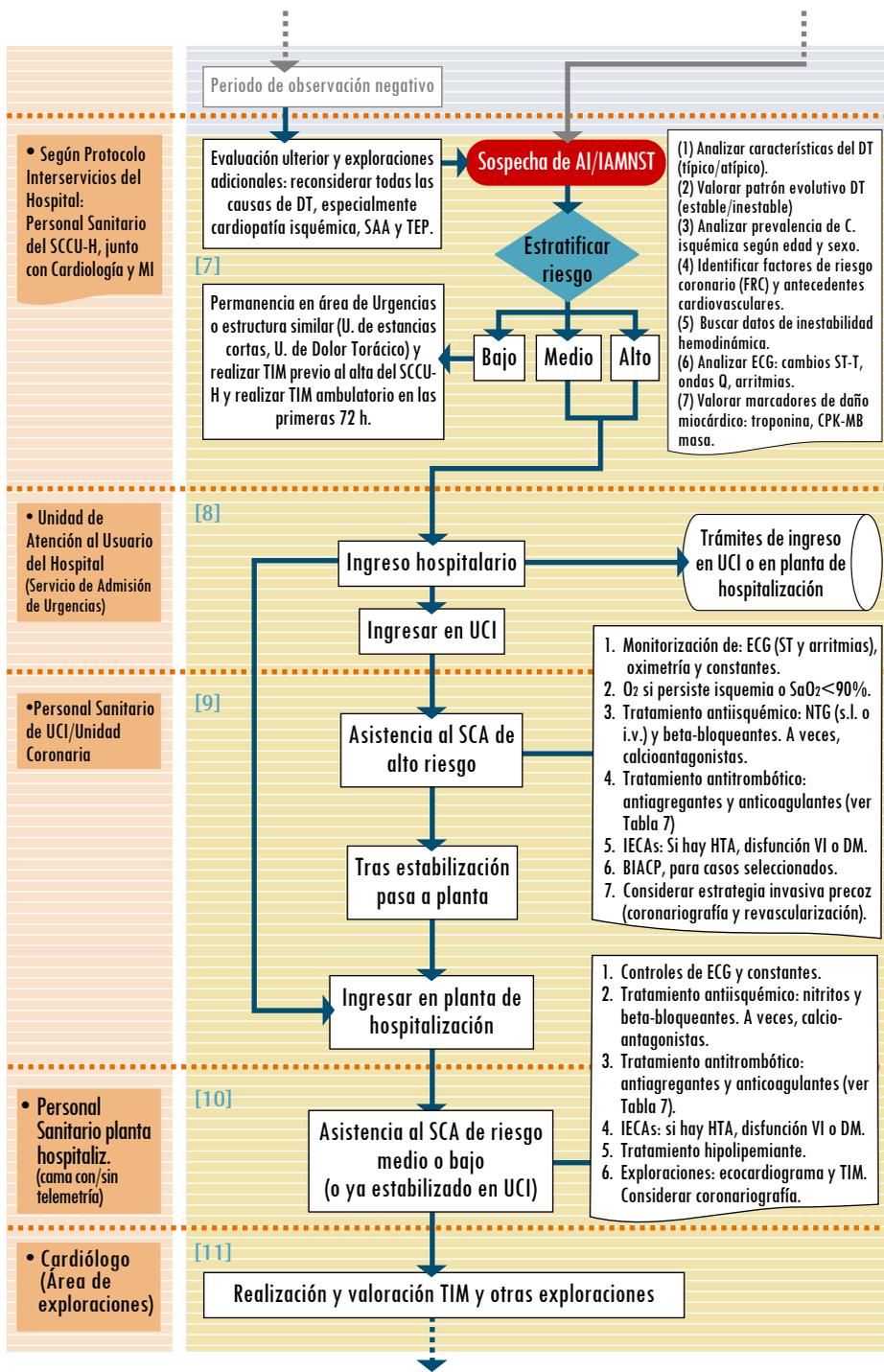
Ausencia de recurrencias del DT y test seriados negativos

Hay recurrencias del DT y/o test seriados positivos

Periodo de observación negativo

(*) Test seriados:
Si no hay alteraciones concluyentes en la evaluación inicial, se repetirá el ECG y la analítica (Troponina y CPK-MB masa y/o mioglobina) cada 4-6 h. durante las primeras 8-12 h.

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: SCCUH]

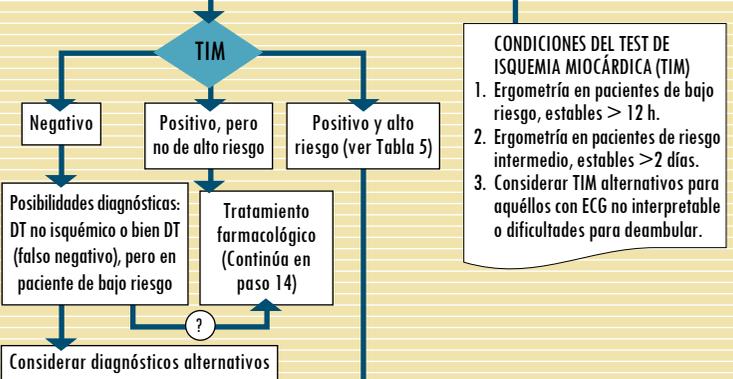


[angina inestable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: SCCU]

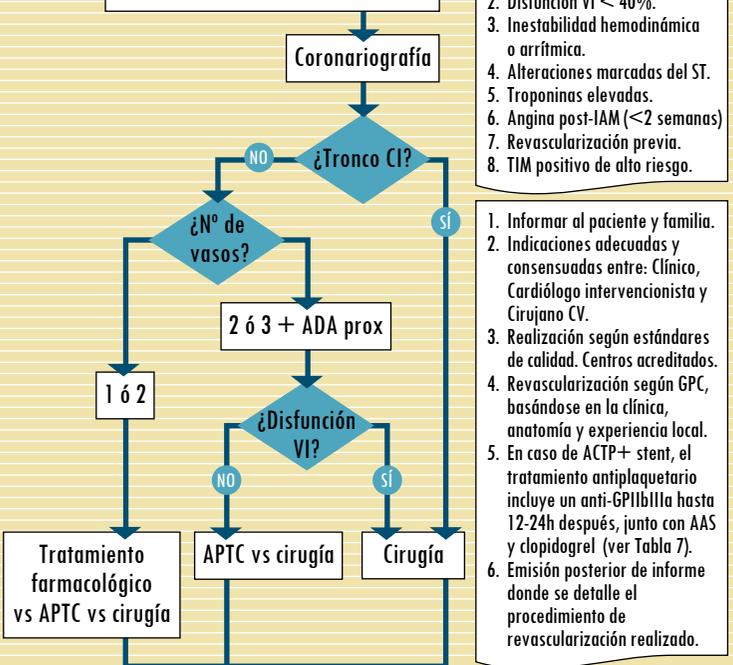
• **Cardiólogo**
(Área de exploraciones)

[11] Realización y valoración TIM y otras exploraciones



• **Cardiólogo Intervencionista**
• **Cirujano Cardiovascular**

[12] [13] Coronariografía y revascularización mediante ACTP o cirugía coronaria



• **Médico responsable de la planta de hospitalización**

[14] Tratamiento médico previo al alta hospitalaria



[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: SCCUH]

