

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2018

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
SÍNDROME CORONARIO AGUDO
SIN ELEVACIÓN DEL
SEGMENTO ST

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC- IMSS-191-18

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

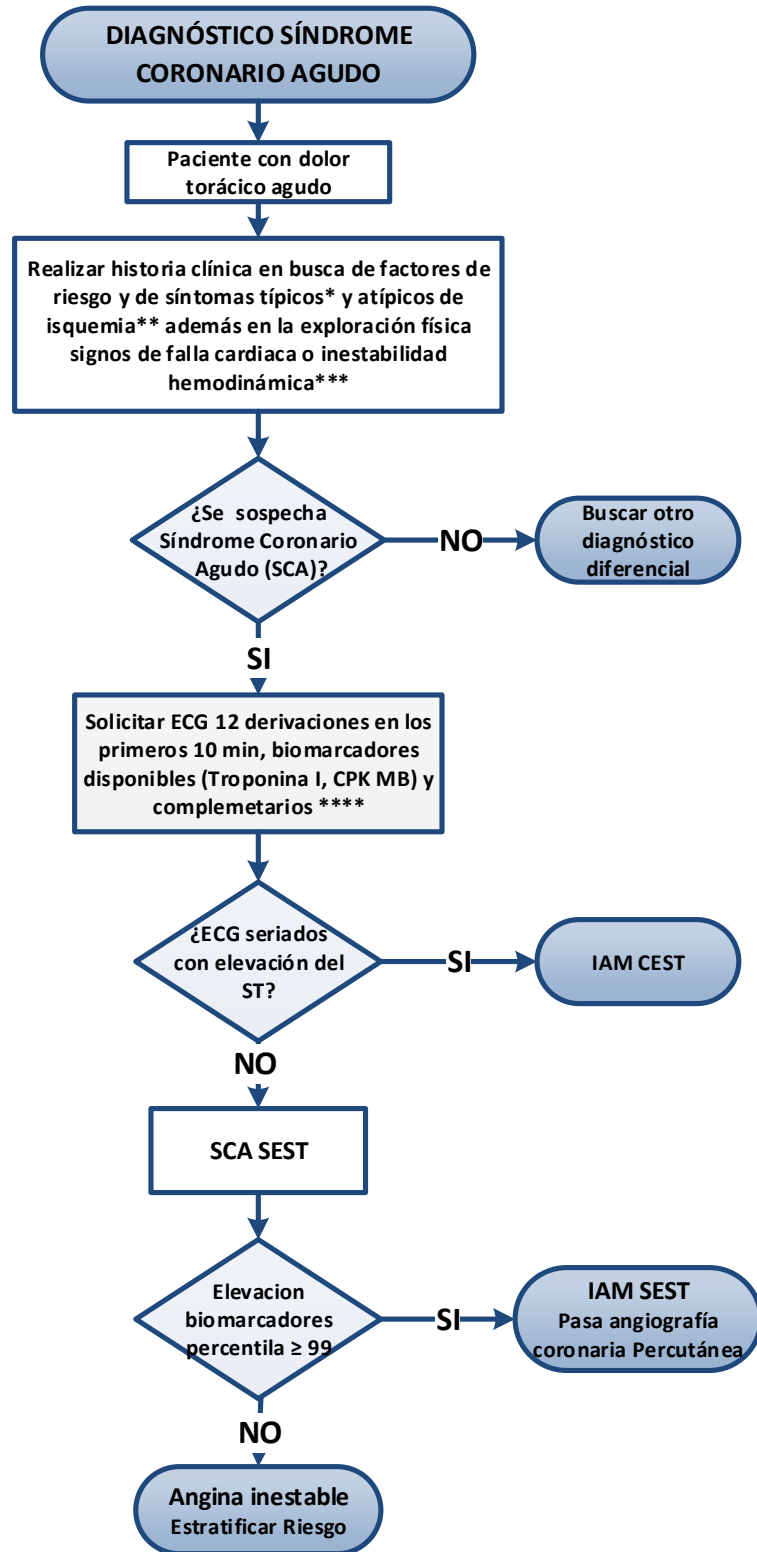
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

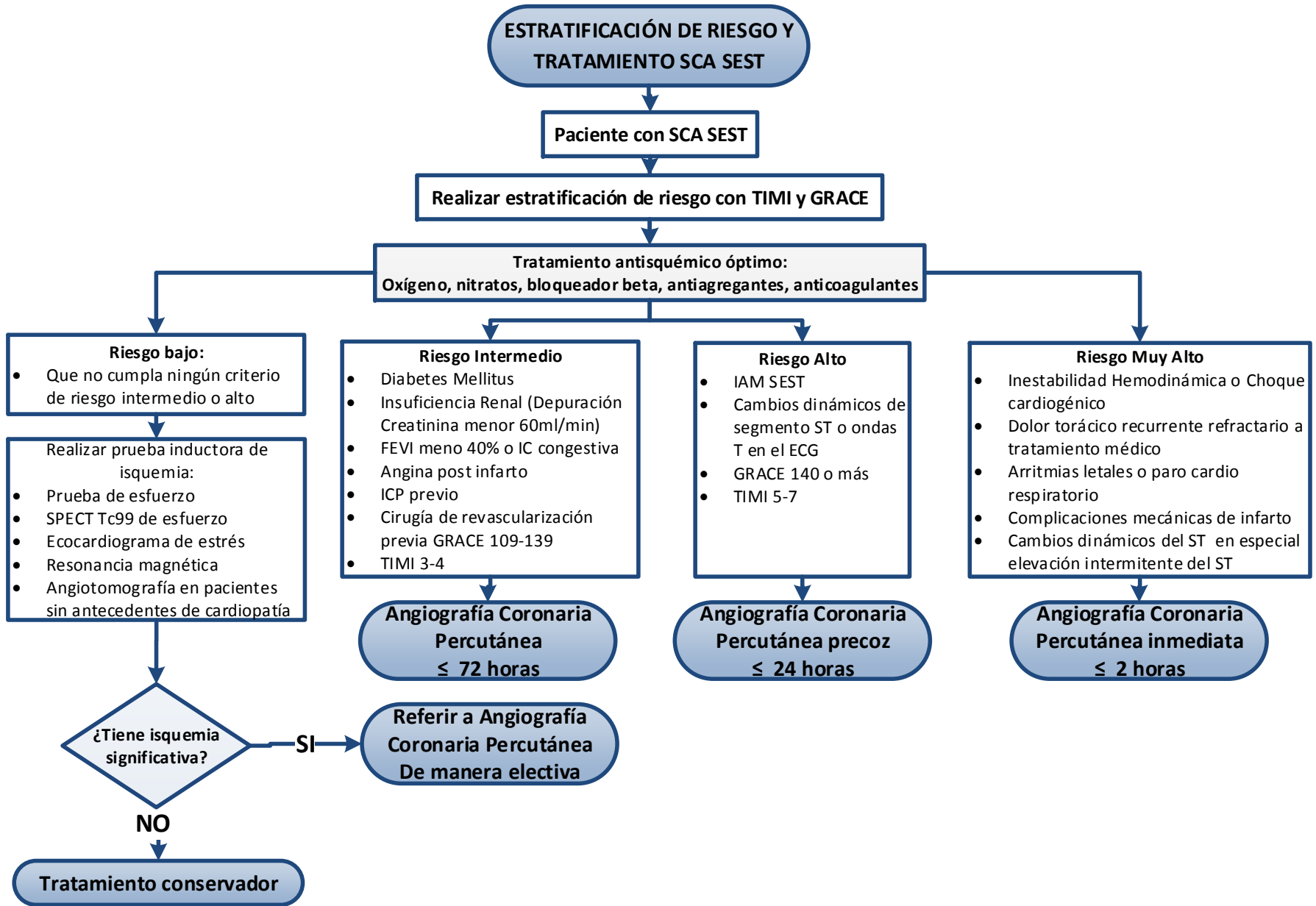
Algoritmo 1. Diagnóstico de Síndrome coronario agudo

- *SINTOMAS TÍPICOS**
- Sensación retroesternal de opresión o pesadez, con irradiación a brazo izquierdo.
 - Dolor opresivo persistente.
 - Síntomas asociados: diaforesis, náusea, dolor abdominal, sudoración, y síncope.
 - Duración más de 10 minutos.
- **SINTOMAS ATÍPICOS**
- Dolor en epigastrio o indigestión no asociado a la ingesta de alimentos.
 - Dolor punzante ó pleurítico.
 - Disnea en ausencia de dolor precordial.
 - Síncope o palpitaciones.
- ***SIGNOS DE FALLA CARDIACA O INESTABILIDAD HEMODINÁMICA**
- Hipotensión.
 - Palidez o llenado capilar disminuido.
 - Distrés respiratorio.
 - Crépitos pulmonares.
 - Taquicardia o bradicardia.
 - Presencia de S3 o S4.
 - Ingurgitación yugular.
 - Síncope.

- **** ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:**
- Glucosa, azoados, biometría hemática, electrolitos séricos, tiempos de coagulación: valorar lesión renal, descontrol glicémico, anemia, trombocitopenia.
 - Rx de Torax: datos de falla cardíaca, fractura, neumotórax, neumonía.
 - Ecocardiograma transtoracico: función ventricular global y segmentaria, diagnósticos diferenciales y estado hemodinámico.



Algoritmo 2. Estratificación de riesgo y tratamiento del SCA SEST



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Ante la sospecha de SCA con datos de riesgo alto como dolor torácico continuo, disnea grave, datos clínicos de inestabilidad hemodinámica o eléctrica, síncope o palpitaciones, deberá referirse inmediatamente al departamento de urgencias, preferentemente en ambulancia con personal médico calificado.	I C ACC/AHA
Se recomienda que en pacientes con sospecha de SCA la toma del ECG se realice en los primeros 10 minutos a su ingreso en urgencias, en búsqueda de isquemia o lesión miocárdica.	1 B ESC
Se recomienda la medición de troponinas a todo paciente con sospecha de síndrome coronario agudo al ingreso, a las 3 y 6 horas posteriores. El resultado inicial debe reportarse en menos de 60 minutos.	I A ESC
Se debe realizar el diagnóstico de IAM SEST al contar con un ECG sin elevación del segmento ST, pero con elevación dinámica de las troponinas cardíacas por encima de la percentil 99.	I A ACC/AHA

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda que el diagnóstico y la estratificación del riesgo isquémico/hemorrágico a corto plazo se base en la combinación de la historia clínica, síntomas, signos vitales, otros hallazgos físicos, ECG y resultados de laboratorio.	1 A ESC
Se recomienda emplear clasificaciones de riesgo validadas como TIMI o GRACE para estimar el pronóstico del paciente con SCA SEST. (Ver cuadro 1 y 2)	1 B ESC
Se puede considerar el uso de la clasificación CRUSADE en pacientes referidos a angiografía coronaria percutánea para cuantificar el riesgo hemorrágico (Ver Anexo 3.2, Cuadro 3).	IIb B ESC

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda el tratamiento farmacológico anti-isquémico con el fin de disminuir la demanda miocárdica de oxígeno (con la disminución de la frecuencia cardíaca, presión arterial, precarga o contractilidad miocárdica) o aumentar el aporte de oxígeno al miocardio (a través de la vasodilatación coronaria), las estrategias son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno Suplementario. Cuando la saturación arterial de oxígeno es menor al 90% o si el paciente tiene insuficiencia respiratoria. • Nitratos orales o intravenosos. En pacientes con angina recurrente, hipertensión no controlada o signos de insuficiencia cardíaca, se recomienda el tratamiento intravenoso. • Bloqueadores beta. En pacientes con síntomas isquémicos, si no hay contraindicaciones. 	<p>3 NICE</p>
<p>El ácido acetil salicílico ha mostrado ser efectivo en la angina inestable; se reducen de manera significativa las complicaciones vasculares mayores como la incidencia de infarto de miocardio o muerte. La dosis de carga recomendada es de 150-300 mg y de mantenimiento de 75 a 100 mg al día.</p>	<p>I A ESC</p>
<p>Se debe añadir al ácido acetil salicílico, un inhibidor de P2Y₁₂ (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) y mantenerlo durante 12 meses, excepto cuando haya contraindicaciones tales como excesivo riesgo de sangrado.</p>	<p>I A ESC</p>
<p>Se recomienda administrar enoxaparina (1 mg/kg dos veces al día subcutánea) ó Heparina No Fraccionada (bolo inicial de 60-70 UI/kg hasta un máximo de 5000 UI, seguido de infusión de 12-15 UI/kg/hr, hasta un máximo de 1000 UI/hr.) en pacientes con SCA SEST.</p>	<p>I B ESC</p>
<p>No está recomendado el tratamiento fibrinolítico intravenoso en pacientes con SCA sin elevación del segmento ST.</p>	<p>III A ACC/AHA</p>
<p>Se recomienda realizar angiografía coronaria percutánea y posible revascularización dentro de las primeras 72 horas en pacientes con alto riesgo cardiovascular, por tener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus. • Obesidad con IMC mayor de 35. • Antecedente de infarto del miocardio. • Infradesnivel del segmento ST en el ECG inicial. • Pacientes con biomarcadores elevados (Troponina I, CPK MB). • En personas mayores de 75 años. 	<p>A NICE</p>

<p>Se recomienda la realización de una angiografía coronaria percutánea en menos de 2 horas en pacientes de muy alto riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica. • Falla cardíaca aguda. • Arritmias ventriculares letales. • Arresto cardíaco. • Angina refractaria a tratamiento. 	<p>I C ESC</p>
<p>No existen contraindicaciones absolutas para la realización de angiografía coronaria percutánea, solo se sugiere realizar en los siguientes casos, si el beneficio supera los riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección no tratada. • Fiebre. • Anemia severa con hemoglobina menor de 8 gr/dl. • Descompensación electrolítica grave. • Sangrado activo grave. • Hipertensión sistémica descontrolada. • Alergia a contraste iodado sin tratamiento profiláctico • Enfermedad vascular periférica grave que limita el acceso vascular. • Coagulopatía grave. • Endocarditis activa. • Embarazo. • Falta de cooperación del paciente. • Consentimiento informado no firmado, o rechazo expreso del paciente al tratamiento. • Enfermedad concomitante que acorta la vida del paciente y aumenta el riesgo en las intervenciones terapéuticas. 	<p>D NICE</p>
<p>Sin factores de riesgo alto y sin isquemia recurrente se recomienda tratamiento conservador inicial (tratamiento médico óptimo) y solamente se realizará angiografía coronaria percutánea en caso de presentar un resultado positivo a isquemia miocárdica por prueba de esfuerzo o estudios de imagen.</p>	<p>I A ESC</p>
<p>Se recomienda el inicio temprano del tratamiento con estatina de alta intensidad a largo plazo, salvo que exista contraindicación o efecto adverso.</p>	<p>I A ESC</p>
<p>En el manejo a largo plazo, los pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y FEVI menor o igual a 40% se recomienda utilizar un IECA; si no hay tolerancia a este se puede prescribir un ARAll. En ambos casos verificar que no existan contraindicaciones o interacciones farmacológicas.</p>	<p>I A ESC</p>

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. RIESGO TIMI PARA MORTALIDAD E INFARTO A 14 DIAS EN SCA SEST	
Variables	Puntos
3 más factores de riesgo (Historia Familiar, Dislipidemia, HAS, DM, Fumador)	1
2 o más eventos de angina grave en 24 horas	1
Uso de ácido acetil salicílico 7 días previos	1
Antecedente de enfermedad coronaria (estenosis $\geq 50\%$)	1
Elevación de biomarcadores cardiacos	1
Cambios en el segmento ST $\geq 0.5\text{mm}$	1
65 o más años de edad	1
TOTAL	

Interpretación: Se debe sumar los puntos positivos y establecer el riesgo de acuerdo a la siguiente tabla:

RIESGO	PUNTAJE TOTAL	RIESGO DE MUERTE E IAM 14 DIAS %	RIESGO DE MUERTE, IAM Y REVASCULARIZACION URGENTE %
BAJO	1/0	3	5
	2	3	8
INTERMEDIO	3	5	13
	4	7	20
ALTO	5	12	26
	6/7	19	41

Adaptado de Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, Mautner B, Corbalan R, Radley D, Braunwald E The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA, 2000 Aug 16;284(7):835-42.

**CUADRO 2. RIESGO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN SCA
“GLOBAL REGISTRY OF ACUTE CORONARY EVENTS” (GRACE)**

GRADO KILLIP: PUNTOS		PRESIÓN SISTÓLICA MMHG	PUNTOS	FRECUENCIA CARDIACA L/MIN	PUNTOS	EDAD AÑOS	PUNTOS	CREATININA MG/DL	PUNTOS
I	0	≤80	58	≤50	0	<30	0	0-0.39	1
II	20	80-99	53	50-69	3	30-39	8	0.40-0.79	4
III	39	100-119	43	70-89	9	40-49	25	0.80-1.19	7
IV	59	120-139	34	90-109	15	50-59	41	1-20-1.59	10
		140-159	24	110-149	24	60-69	58	1.60-1.99	13
		160-199	10	150-199	38	70-79	75	2.00-3.99	21
		≥200	0	≥200	48	80-89	91	≥4	28
						≥90	100		

OTROS	PUNTOS
PARO CARDIACO AL INGRESO	39
CAMBIOS DEL ST ≥0.5MM	28
BIOMARCADORES ELEVADOS	14

INTERPRETACION: Se debe sumar los puntos de todas las variables y establecer el riesgo de acuerdo a la siguiente tabla:

Total puntos	RIESGO BAJO						MEDIO	ALTO												
	≤60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	≥250
Riesgo de muerte intrahospitalaria	≤0.2	0.3	0.4	0.6	0.8	1.1	1.6	2.1	2.9	3.9	5.4	7.3	9.8	13	18	23	29	36	44	≥52

Adaptado de: Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, et al. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Arch Intern Med. 2003;163:2345–53.

CUADRO 3. PUNTAJE “CRUSADE” PARA EVALUAR RIESGO DE HEMORRAGIA MAYOR INTRAHOSPITALARIA

Hematocrito basal %	Puntaje	Depuración de creatinina	Puntaje	Frecuencia cardiaca (LPM)	Puntaje	Presión Sistólica (mmHg)	Puntaje
<31%	9	≤15 ml/min	39	>121	11	≤90	10
31-33.9%	7	15-30 ml/min	35	111-120	10	91-100	8
34-36.9%	3	30-60 ml/min	28	101-110	8	101-120	5
37-39.9%	2	60-90 ml/min	17	91-100	6	121-180	1
≥40%	0	90-120 ml/min	7	81-90	3	181-200	3
		>121 ml/min	0	71-80	1	≥201	5
				≤70	0		
Género	Puntaje	Diabetes mellitus	Puntaje	Signos de falla cardiaca al ingreso	Puntaje	Enfermedad Vascular previa	Puntaje
Masculino	0	No	0	No	0	No	0
Femenino	8	Si	6	Si	7	Si	6

Estratificación de riesgo de acuerdo al puntaje “CRUSADE”

PUNTAJE TOTAL (RANGO 1-100)	RIESGO DE HEMORRAGIA (%)
≤20 (muy bajo)	3.1
21-30 (bajo)	5.5
31-40 (moderado)	8.6
41-50 (alto)	11.9
>50 (muy alto)	19.5

Adaptado de: Subherwal S, Bach RG, Chen AY, Gage BF, Rao SV, Newby LK, Wang TY, Gibler WB, Ohman EM, Roe MT, Pollack CV Jr, Peterson ED, Alexander KP. Baseline Risk of major bleeding in non-ST-segment-elevation myocardial infarction: The CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes With Early implementation of the ACC/AHA Guidelines) Bleeding score. [Circulation](#). 2009 Apr 14;119(14):1873-82.