

| URGENCIAS   |  | Título : SCA ( Síndrome Coronario Agudo )  | Fecha : Enero 2003   |
|---|--|--|--|
| MEDIDAS GENERALES   | 1- Reposo absoluto.<br>2- Valoración inicial. ABC<br>3- Monitorización continua – Pusioximetría ; DESFRIBRILADOR disponible.<br>4- VVP – SG5% de mantenimiento ( Evitar punciones arteriales )<br>5- Oxígeno ( Mantener SatO <sub>2</sub> > 90% ) 35 – 50% si ICC o desaturación / 50% ( 4 lpm ) SCA con ST elevado<br>6- ECG de 12 derivaciones + V4R<br>7- Registro de actuaciones y tiempos.  |  |  |
|   | <b>RIESGO de MUERTE o IAM INMINENTE en pacientes con ANGINA INESTABLE</b>  |  |  |
| <b>ALTO RIESGO</b><br>Debe presentar al menos uno de los siguientes   |  | <b>RIESGO INTERMEDIO</b><br>Sin características de A.R. pero que presenta  | <b>BAJO RIESGO</b><br>Sin las caract. anteriores, pero que puede presentar   |
| Angina > 20 min.<br>En nuestra presencia a pesar del tratamiento.<br>Angina con signos de disfunción VI ( anterógrada o retrógrada ): EAP, R3, PAS < 90<br>Angina asociada a soplo de IM nuevo o cambiante<br>Angina de reposo con elevación del ST > 1 mm                                |  | Dolor > 20 min., controlado, con probabilidad intermedia de enfermedad coronaria<br>Angina de reposo < 20 min., o que mejora con reposo o NTG sl.<br>Angina nocturna o sólo con cambios dinámicos en la onda T.<br>Angina III – IV de inicio en las 2 últimas semanas.<br>Ondas Q / Descenso del ST > 1 mm en múltiples derivaciones<br>> 65 años. | Angina progresiva.<br>Angina de inicio de 2 semanas a 2 meses previos.<br>ECG normal o sin cambios.<br>Angina desencadenada con menor umbral   |
| <b>PROBABILIDAD de ENFERMEDAD CORONARIA en pacientes con síntomas sugerentes de ANGINA INESTABLE</b>  |  |  |  |
| <b>ALTA PROBABILIDAD</b>  |  | <b>PROBABILIDAD INTERMEDIA</b>   | <b>BAJA PROBABILIDAD</b>   |
| Historia de IAM previo, Muerte súbita o Historia conocida de EC.<br>Angina clara en > 60 ó > 70 años , con cambios hemodinámicos o eléctricos con el dolor.<br>Angina variante ( ST reversible ).<br>/ ST > 1 mm. Inversión simétrica T en precordiales                                   |  | Angina clara en < 60 / < 70 años.<br>Angina probable en > 60 ó > 70 años<br>Dolor torácico en Diabéticos<br>Dolor torácico + 2 ó 3 FR diabetes<br>Vasculopatía extracardíaca + ST de 0.05 – 1 mm<br>Inversión de T > 1 mm en derivaciones con R dominante  | Dolor torácico clasificado como probablemente no anginoso.<br>Un factor de riesgo diferente de la Diabetes.<br>Aplanamiento T o Inversión < 1 mm en derivaciones con R dominante.<br>ECG normal. |
| SCA NO COMPLICADO   | <b>Antiagregación</b><br><b>ASPIRINA®</b> ( 160 – 325 mg ) masticada y tragada. Post. 100 – 160 mg / d indefinidamente.<br>Si Alergia o UP activo : <b>TIKLID® 250 mg</b> 1 cop / 12 h VO.<br><b>CLOPIDROGEL</b> ( Iscover® cop 75 mg ) 300 mg dosis única VO. Post., 75 mg / 24 h.<br><b>TIROFIBAN</b> ( Según pauta habitual )   |  |  |
|   | <b>Sedoanalgesia.</b><br><b>VALIUM® amp. 10 mg</b> : 1 amp. + 8 ml SF ( 1 ml = 1 mg ) 2,5 ml / 5 – 10 min.<br><b>CLORURO MÓRFICO® amp. 10 mg / ml</b> : 1 amp. + 9 ml SF ( 1 ml = 1 mg ) 3 ml / 5 – 10 min. ( Máx. 25 mg )<br>Perf. : 4 amp. + 250 ml SG5% a 15 ml / h<br>Si Depresión respiratoria <b>NALOXONA®</b><br>Si Vagotonía <b>ATROPINA®</b><br>Como alternativa : <b>ADOLONTA® o DOLANTINA®</b><br><b>ADOLONTA® amp. 100 mg</b> : 1 amp. + 100 ml SG5% en 20 min. Post.: ½ amp. + 100 ml SG5% en 20 min ( Máx 2,5 amp. )<br><b>Si IAM Posteroinferior o Vagotonía importante :</b><br><b>DOLANTINA® amp. 100 mg</b> : 1 amp. + 8 ml SF 2,5 ml / 5 – 10 min ( Máx. 1 amp. )<br>Cl. Si FA o Flutter Auricular, excepto RV lenta o BAV avanzado.  |  |  |
|   | <b>Antianginosos.</b><br><b>CAFINITRINA®</b> 1 grag / 5 min SL ( Máx. 3 )<br><b>SOLINITRINA® amp. 50 mg</b> : 0.1 – 0.4 mcg / kg / min<br>1 amp. + 250 ml SG5% ( 200 mcg / ml ) 3 ml / h ( 10 mcg / min )<br>Aumentar 3 ml / h ( 10 mcg / min ) cada 10 min. ( Máx. 60 ml / h = 200 mcg / min )<br>Objetivo: Reducir un 10% la PAS en normotensos y hasta un 30% en Hipertensos.<br><b>Si NO ha tomado Betabloqueantes en las 12 horas previas:</b> Especialmente útiles si Taquicardia o H1A.<br><b>Atenolol ( TENORMIN® amp 5 mg / 10 ml )</b> 5 mg IV ( Repetir a los 10 min. ) 1 hora desp. 50 mg / 12 VO ( Si mantiene FC y PA ).<br><b>Metoprolol ( SELOKEN® amp. 5 mg / 5 ml )</b> 1 amp. / 2 min. x 3 dosis. A los 15 min. 50 mg / 12 h VO x 48 – 72 h.<br><b>Si Angina Variante : DILTIAZEM</b> 0.25 mg / kg Bolo IV lento ( > 2 min. ) – Perfusión 10 – 15 mg / h. |  |  |
| OTROS   | <b>Si IC o IAM Anterior Extenso:</b><br><b>CAPOTEN® 12,5 mg</b> ½ 1 cop / 8 - 12 h VO<br><b>ZESTRIL® 5, 20 mg</b> 5 mg / 24 h x 2 días. Post., 10 mg / 24 h VO.  |  |  |
|   | <b>Si IAM ( ST ) : Fibrinólisis Prehospitalaria Precoz</b> ( Protocolo específico consensuado con el Hospital de Referencia ). Desaconsejada en AI / IAM no Q.   |  |  |
|   | <b>Anticoagulación: CLEXANE®</b> 1 mg / Kg / 12 h SC<br><b>HEPARINA SÓDICA</b> Bolo iv 60 U / kg ( Máximo 4000 U ) – Perf. 12 U / kg / h ( Mantener TTPA 1,5 – 2 veces control )   |  |  |
|   | <b>ATROPINA® amp. 1 mg / ml</b> 0.6 – 1 ml / 3 – 5 min ( Máx. 0.03 – 0.04 mg / kg ) si :<br>Hipotensión – Bradicardia 2ª a NTG, Morfina, Fase inicial de IAM inferior<br>Náuseas – Vómitos 2ª a Morfina.   |  |  |
| <b>LIDOCAINA® 5% amp. 10ml / 500 mg</b><br>Tratamiento de Arritmias Ventriculares establecidas.<br>Profilaxis secundaria tras un episodio de TV o FV<br>IAM + Extrasístoles Ventriculares frecuentes ( > 6 / min ), muy precoces ( R / T ), de morfología múltiple o en salvas 3 latidos. |  |  |  |
| <b>IAM VD</b>   | Contraindicados : Nitratos – Diuréticos - IECAs<br>Monitorización PVC.<br>Bolos 300 ml SF / 20 min. ( Objetivo = PVC 15 – 18 cmH <sub>2</sub> O )<br>Si no mejora y PAS > 80 mmHg : DOBUTAMINA amp. 250 mg 1 amp. + 250 ml SG5% a 21 ml / h.<br>Si PAS < 80 mmHg usar DOPAMINA amp. 200 mg 1 amp. + 250 ml SG5% a 30 ml / h<br>Si BAV avanzado con RV lenta MARCAPASOS   |  |  |

Máximo beneficio de la Fibrinólisis < 2 horas.

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>COMPLICACIONES IAM<br/>ELÉCTRICAS<br/>MECÁNICAS</b> | ROTURAS<br>Pared libre V = Taponamiento<br>Tabique IV = I. Biventricular aguda<br>M. Papilar = IM Aguda - EAP | IC – SHOCK CARDIOGÉNICO<br>Aneurisma<br>TEP | Embolismo Sistémico<br>Pericarditis<br>ARRITMIAS |
|--|---|---|--|

|                      |   |   |                              |                        |                        |
|----------------------|---|---|------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>CLASIFICACIÓN</b> | <b>Por su Presentación Clínica</b><br>Angina de Esfuerzo<br>Grado I = Grandes esfuerzos<br>Grado II = Moderados esfuerzos<br>Grado III = Pequeños esfuerzos<br>Grado IV = Mínimos esfuerzos<br>Angina de Reposo<br>Angina Mixta   | <b>Según Gravedad</b><br><b>Clase I</b> = Reciente / Acelerada sin dolor en los 2 meses precedentes<br>Angina de Esfuerzo grave o frecuente ( 3 / d ) de < 2 m de evolución<br>Angina Crónica Estable que se vuelve Acelerada ( > frec., intens., dur., o precipitada por menores esfuerzos ).<br><b>Clase II</b> = Reposo Subaguda ( Dolor de reposo en el mes precedente pero no en las últimas 48 h ).<br><b>Clase III</b> = Reposo Aguda ( Dolor de reposo en las últimas 48 h ). |                              |                        |                        |
|                      | <b>Por su Forma Evolutiva</b><br>Angina Estable<br>Angina Inestable<br>Inicial o reciente comienzo ( < 1 m )<br>Progresiva ( Frec., Dur, Intens, en el último mes )<br>Prolongada ( > 20 min. + ECG y Enzimas normales )<br>Variante ( Angina de reposo con ST que responde a NTG )<br>Postinfarto ( 24h – 1 m postinfarto )  | <b>GRAV.</b>  | <b>Angina SECUNDARIA</b>     | <b>Angina PRIMARIA</b> | <b>Angina POST-IAM</b> |
|                      | <b>Según Circunstancias acompañantes</b><br>Clase A = AI Secundaria<br>Taquicardias ( Fiebre – Taquiarritmias – Hipertiroidismo – Anemia<br>Hipoxemia – Hipotensión marcada<br>Estados hiperdinámicos ( Simpático miméticos – Cocaína )<br>Postcarga ( Estenosis Ao, HTA grave, MHO )<br>Precarga ( DVI, ICC grave )<br>GC ( FAV – Beriberi – Paget )<br>Clase B = AI Primaria<br>Clase C = AI Postinfarto ( < 2 sem. postinfarto ) | <b>Clase I</b>  | <b>I A / T.A.A.</b>          | <b>I B / T.A.A.</b>    | <b>I C / T.I.</b>      |
|                      |   | <b>Clase II</b>   | <b>II A / T.A.A.</b>         | <b>II B / T.A.A.</b>   | <b>II C / T.I.</b>     |
|                      | <b>Clase III</b>  | <b>III A / T.A.A.</b>   | <b>III B / T.A.A. – T.I.</b> | <b>III C / T.I.</b>    |                        |

T.A.A. = Tratamiento Antianginoso y Antitrombótico; T.I. = Tratamiento Intervencionista ( coronariografía, angioplastia, cirugía

| <b>Prioridades ARIAM</b>   |   |   |
|--|---|---|
| <b>Prioridad I</b>   | <b>Prioridad II</b>   | <b>Prioridad III</b>  |
| Dolor típico que no cede con NTG sl, > 30 min. y < 6 h. de evolución.<br>ST > 2 mm en 2 d/ indicadoras de localiz. en T )<br>< 75 años. Sin contraindicaciones.<br>PAS > 100 mmHg o PAD < 100 mm Hg<br>FC > 50. No bloqueos, taqui o bradiarritmia | Dolor atípico. Entre 6 – 12 h evolución.<br>ECG atípico ( ST < 2 mm, BCR, Cambios<br>> 75 años, bajo peso. CI. Para Trombolisis<br>PAS < 100 mmHg o PAD > 100 mmHg<br>FC < 50, taqui o bradiarritmias | Normalización del dolor o ECG con NTG sl<br>ST<br>CI absoluta de trombolisis<br>> 12 horas de evolución<br>Indicación de ACTP |

| <b>CONTRAINDICACIONES para la FIBRINOLISIS</b>   |  |
|--|--|
| <b>ABSOLUTAS</b>   | <b>RELATIVAS</b>   |
| 1- Hemorragia activa en cualquier localización<br>2- Sospecha de disección aórtica<br>3- Neoplasia intracraneal<br>4- Antecedentes de Ictus Hemorrágico.<br>5- Ictus No Hemorrágico reciente ( < 1 año ).<br>6- Cirugía mayor, Traumatismo importante o Litotricia < 14 días.<br>7- Hemorragia digestiva o Urinaria < 14 días. | 1- Cirugía Menor > 2 sem - < 2 meses.<br>2- HTA no controlada > 180 / 110 o historia de HTA crónica severa.<br>3- UP sintomático.<br>4- Uso de Anticoagulantes y Diatesis hemorrágica conocida.<br>5- Sólo para SK y Apsac : exposición previa en los 6 – 9 meses previos.<br>6- Pericarditis.<br>7- RCP prolongada o traumática.<br>8- Enfermedades sistémicas graves.<br>9- Embarazo.<br>10- Tratamiento retiniano reciente con laser. |

| <b>SCA COMPLICADO</b> | <b>COMPLICACIÓN</b> | <b>DEFINICIÓN</b>  | <b>CLAVE DIAGNÓSTICA</b>   | <b>TRATAMIENTO</b>  |
|-----------------------|---------------------|--|--|---|
|                       | <b>FALLO del VI</b> | <b>Insuficiencia Cardíaca Izquierda</b>  | <b>Killip I</b> = PA – ACR normales  | OBSERVACIÓN   |
|                       |                     |  | <b>Killip II</b><br>Estertores / Crepitantes en bases<br>Galope ( 3R )   | NTG IV<br>Furosemida 40 mg IV<br>Cl. Mórfico 3 mg / 10 min.   |
|                       |                     |  | <b>Killip III</b><br>Estertores / Crepitantes en todos los campos ( EAP )  | Idem + Valorar IECA, 25 mg si HTA   |
|                       |                     |  | <b>Killip IV</b><br>Hipotensión<br>Signos de mala perfusión distal +/- estertores / crepitantes ( Shock )                                    | Bolos 100 – 200 ml SF con control PA y ACR.<br>Si no mejora, valorar DOPAMINA, dosis crecientes hasta respuesta |
| <b>Fallo del VD</b>   | <b>ICD</b>          | Suele coincidir con IAM Inferior<br>Hipotensión – Baja perfusión periférica - IY | Suspender Vasodilatadores<br>Bolos 100 – 200 ml SF con control PA y ACR.<br>Si no mejora, valorar DOPAMINA, dosis crecientes hasta respuesta |   |
| <b>BRADIARRIT.</b>    |                     |  | Ver temas específicos  |   |
| <b>TAQUIARRITM.</b>   |                     |  | Ver temas específicos  |   |
| <b>PCR</b>            |                     |  | Ver temas específicos  |   |

**Notas: Contraindicaciones de Betabloqueantes :** PR > 0.24 mm – BAV 2º - 3º grado – FC < 50 – 55 lpm – PA < 90 mmHg – Disfunción VI / IC / Shock cardiogénico – EPOC grave / Hiperreactividad bronquial grave.  
La nifedipina no debería usarse sin asociar un Betabloqueante.