

● angina inestable/ infarto agudo de miocardio sin elevación del 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 reinserción 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 mórficos 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 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



[angina inestable]

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.

- La estratificación del riesgo es obligada en todo paciente con AI/IANST (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).
- 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/IANST 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 haber administrado ya AAS (u otro antiagregante) se indicará tratamiento con heparina, salvo contraindicaciones. Se puede optar por heparina no fraccionada (HNF) i.v. o por heparina de bajo peso molecular (HBPM) subcutánea. En este contexto clínico de AI/IANST no está indicado el tratamiento fibrinolítico.
- Se añadirá tratamiento antiplaquetario con anti-GPIIb/IIIa (además de HNF y AAS) en pacientes de alto riesgo, especialmente en los que presenten elevación significativa de la troponina o en los que se prevea la realización de una angioplastia percutánea.
- Los pacientes con las siguientes características de alto riesgo deben considerarse para una estrategia invasiva mediante coronariografía y revascularización: a) isquemia recurrente en reposo o a mínimos esfuerzos a pesar de tratamiento antiisquémico; b) isquemia con insuficiencia cardíaca, R3 o insuficiencia mitral; c) test no invasivos con indicios de alto riesgo; d) disfunción ventricular ($FE < 40\%$); e) inestabilidad hemodinámica; f) taquicardia ventricular sostenida; g) angina con cambios dinámicos del ST o marcadores bioquímicos de daño miocárdico; h) angina postinfarto; i) ACTP en los 6-9 meses previos o cirugía coronaria previa.
- En cuanto al tratamiento de revascularización, en general, los pacientes con lesiones favorables, de uno o dos vasos, con función ventricular conservada, suelen remitirse a angioplastia. Algunos de estos pacientes pueden ser también tratados farmacológicamente cuando las lesiones se consideran inapropiadas para revascularización o



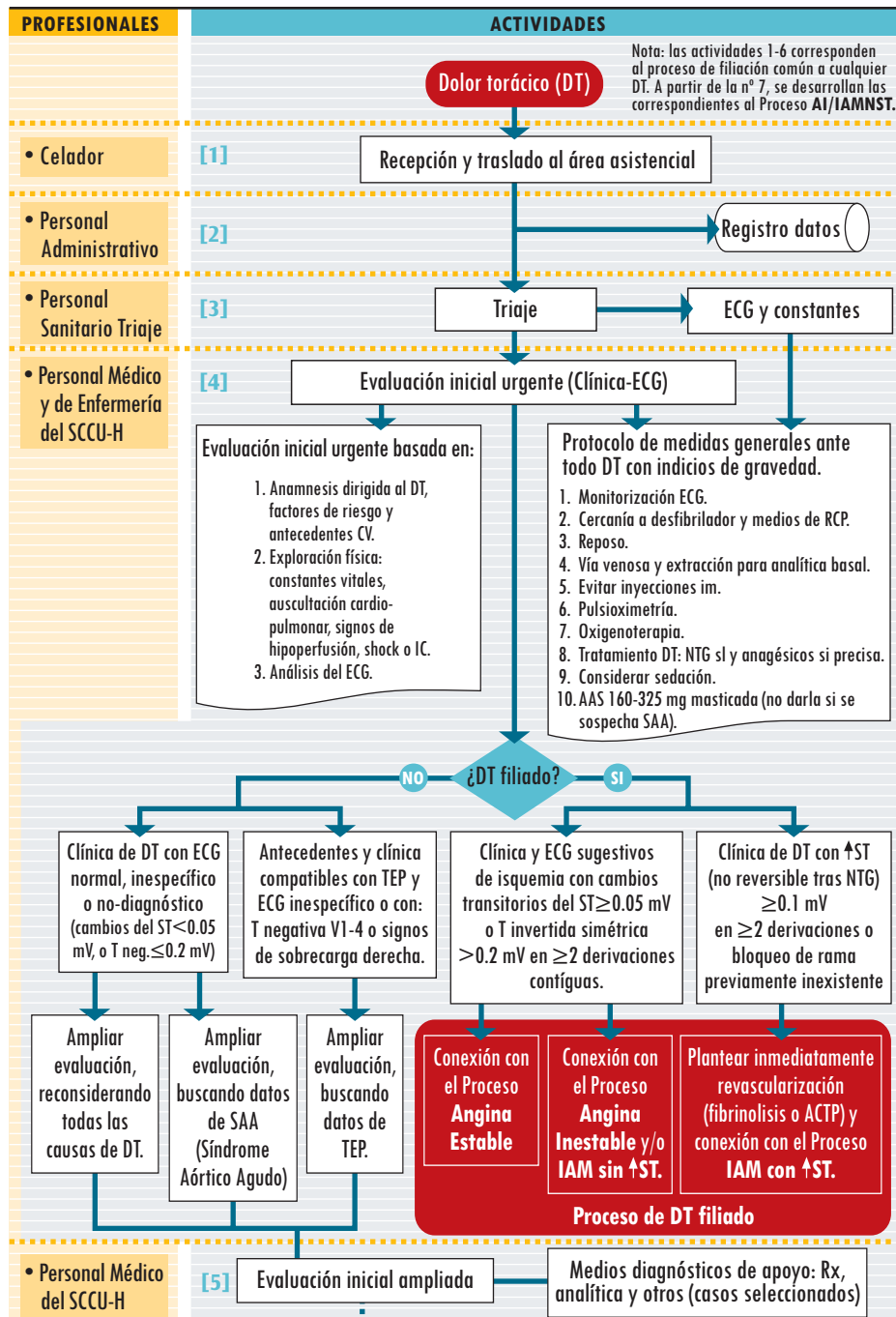
[angina inestable]

bien son de bajo riesgo. Por el contrario, los pacientes con enfermedad de dos o tres vasos, especialmente con disfunción ventricular y/o afectación de la descendente anterior proximal y buenos vasos distales, son habituales indicaciones de cirugía. El tronco común izquierdo implica cirugía salvo comorbilidades avanzadas que la hagan inviable. En algunos casos con enfermedad de dos o tres vasos, la angioplastia puede suponer una alternativa a la cirugía.

- 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: continuar con antiagregantes de forma indefinida, salvo contraindicación. Continuar con tratamiento antiisquémico siguiendo las directrices ya expresadas en el tratamiento inicial. Se administrarán fármacos hipolipemiantes (estatinas) además de la dieta, en todos los pacientes con LDL colesterol > 130 mg/dl e incluso entre 100 y 130 mg/dl siempre que presenten algún factor de riesgo coronario. 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.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: S.C.C.U.H.



[angina inestable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 [Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: S.C.C.U.H.]]

• 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 cardíacos seriados.**
4. Si se sospecha de TEP: gasometría arterial, dímero D y considerar anticoagulación, independientemente de que se soliciten gammagrafía pulmonar, TC torácico, eco - doppler de miembros inferiores y/o flebografía.
5. Si se sospecha SAA solicitar: TC torácico, ecocardiograma (ETT/ETE) o RM, según experiencia y disponibilidad.

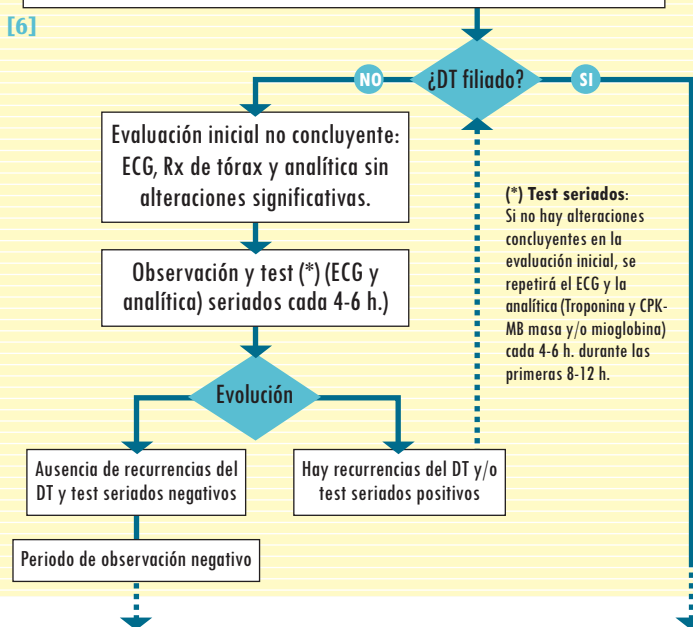
Ampliación de la evaluación inicial en angina estable

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).

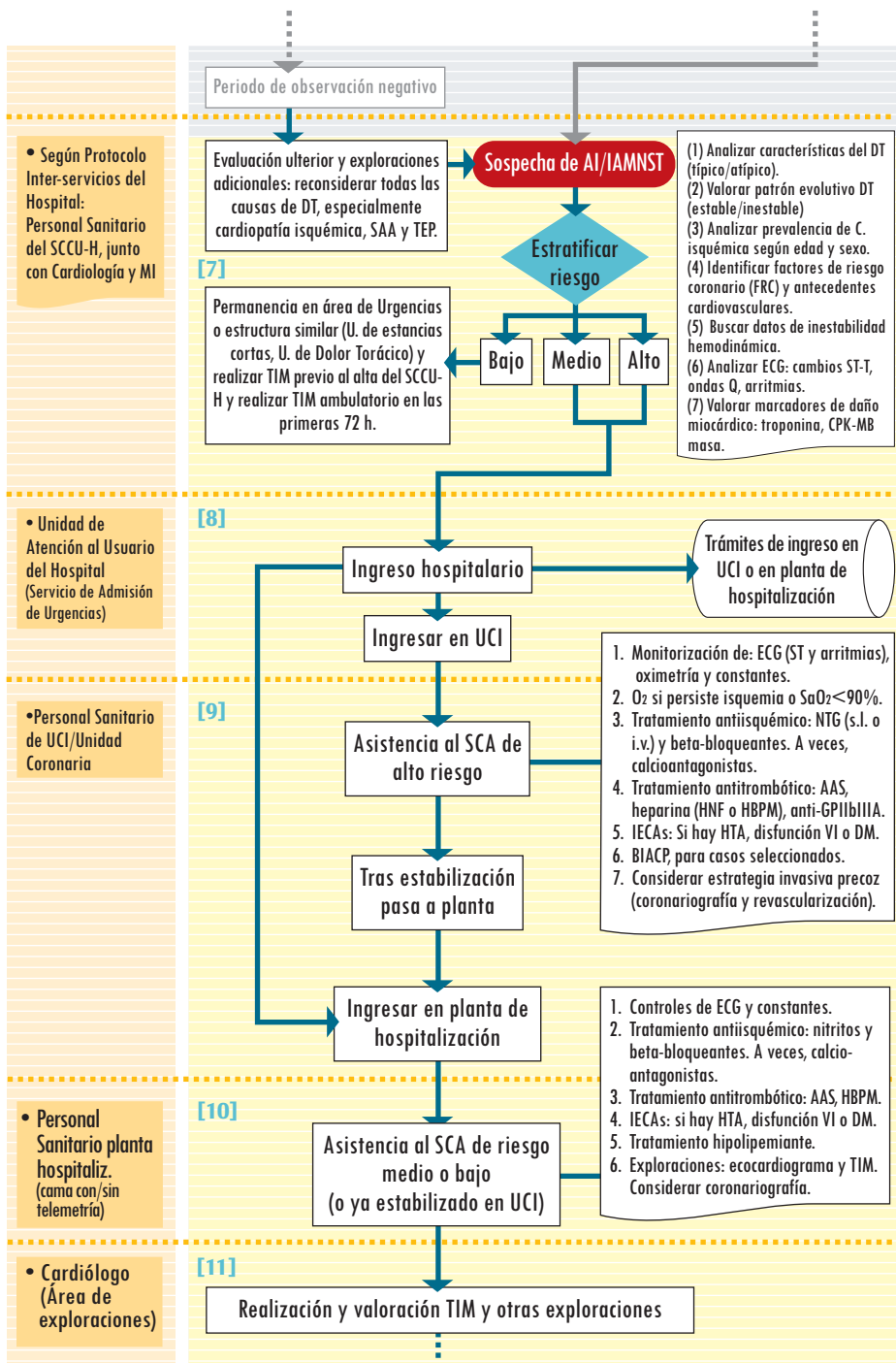
• Según Protocolo Interservicios del Hospital

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

[6]



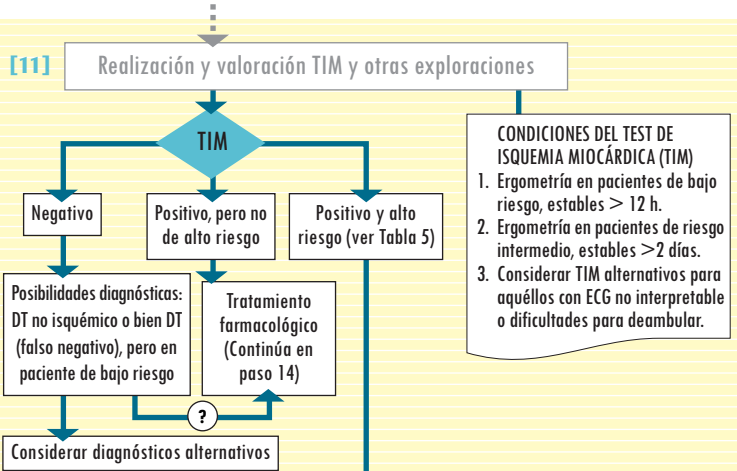
[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3
[Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: S.C.C.U.H.]



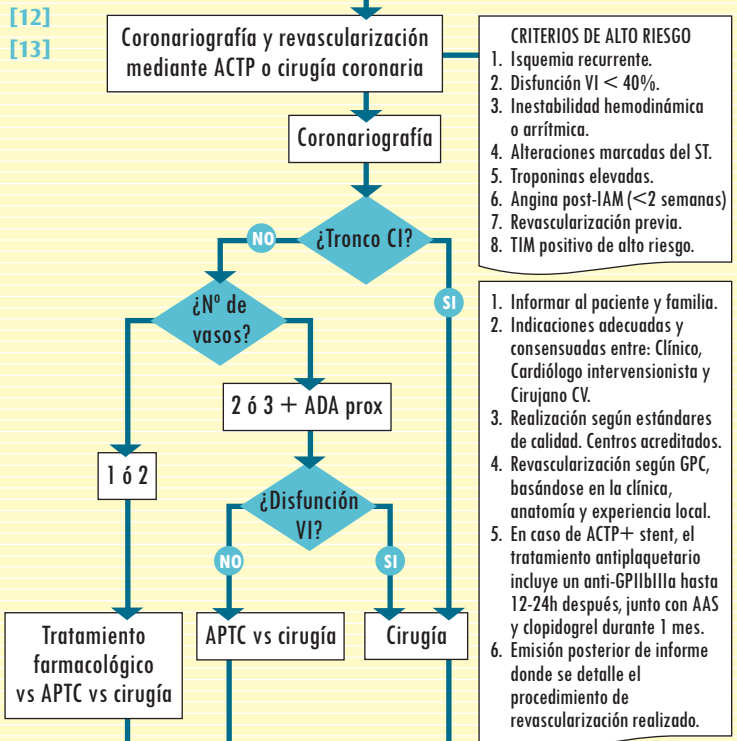
[angina inestable]

[ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 [Angina Inestable/IAMNST. Vía de entrada 1a: S.C.C.U.H.]]

• Cardiólogo
(Área de exploraciones)



• Cardiólogo Intervencionista
• Cirujano Cardiovascular



• 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: S.C.C.U.H.]

