

# Manejo del Síndrome coronario agudo en Urgencias de Atención Primaria

<sup>1</sup>Itziar Solla Ruiz, <sup>2</sup>Lorena Bembibre Vázquez, <sup>3</sup>Juana Freire Corzo

<sup>1</sup>Médica Especialista en Cardiología. Hospital de Donostia.

<sup>2</sup>Médica de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Arquitecto Marcide Prof. Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

<sup>3</sup>Médica especialista en Cardiología. Hospital Arquitecto Marcide Prof. Novoa Santos. Área sanitaria de Ferrol.

Cad Aten Primaria  
Año 2011  
Volume 18  
Páx. 49-55

## INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias. Existen múltiples causas de dolor torácico, que van desde patologías leves hasta entidades con una alta mortalidad, que exigen una alta sospecha clínica y un tratamiento precoz. Además, es importante recordar que aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) fallecen dentro de la primera hora desde su comienzo, antes incluso de poder ser trasladados a un centro hospitalario. Todo esto pone de manifiesto la gran importancia que tiene el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes en los primeros escalones de la asistencia sanitaria.

## DEFINICIÓN

En el SCA se produce una isquemia aguda que suele ser debida a la disminución en el aporte miocárdico de oxígeno, por la formación de un trombo en la luz coronaria tras rotura de una placa aterosclerótica vulnerable o bien por la presencia de vasoespasmos coronarios. En otras ocasiones el SCA se origina por un incremento de la demanda miocárdica de oxígeno (por ej. taquicardia o hipertensión).

La característica fundamental y el síntoma guía que nos hace sospechar que nos encontramos ante un SCA es el dolor torácico de características anginosas.

## EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Cuando un paciente acude a un servicio de urgencias por dolor torácico, existen unos objetivos que tenemos que cumplir con los tres elementos diagnósticos básicos de los que disponemos: Anamnesis, exploración física y electrocardiograma. Los objetivos fundamentales son:

- Diagnosticar en el menor tiempo posible (idealmente en menos de 10 minutos) el SCA con elevación del ST (SCACEST) para poner en marcha el protocolo de revascularización urgente específico que exista en cada comunidad autónoma (Progaliem en Galicia)

- Detectar aquellas patologías no coronarias graves y potencialmente mortales que cursan con dolor torácico como la disección aórtica, el tromboembolismo pulmonar (TEP), neumotórax...
- Reconocer los pacientes con dolor torácico sugestivo de SCA y ECG sin elevación del ST o no diagnóstico, que deben ser remitidos a un servicio de urgencias hospitalario.
- Identificar los pacientes con dolor torácico de origen no coronario ni datos de gravedad, y que pueden ser manejados con seguridad en el medio ambulatorio.

## ANAMNESIS

La angina de pecho es un diagnóstico clínico, y se define en función de unas características específicas en cuanto al tipo del dolor, localización y factores desencadenantes y atenuantes que debemos conocer:

### • Características del dolor torácico anginoso:

1. Tipo de dolor, localización, irradiación y duración: Se describe como opresivo, quemazón o pesadez y no se modifica con la presión, respiración o los movimientos. Puede acompañarse de cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, fatiga, debilidad o sudoración). Es de localización precordial o retroesternal, irradiándose al borde cubital de los brazos (más frecuentemente a brazo izquierdo), cuello, mandíbula o región interescapular. La duración es en general breve (menos de 10 minutos en la angina estable) y más prolongada en el SCA.
2. Factores desencadenantes: Los esfuerzos, el estrés emocional o los ambientes fríos.
3. Factores atenuantes: El reposo o la nitroglicerina sublingual

Según estas tres características podemos clasificar al dolor torácico en angina típica, angina atípica o dolor torácico no coronario:

TABLA 1

Angina típica	Cumple 3 de las características antes descritas
Angina atípica	Cumple dos de las características
Dolor torácico no cardíaco	Cumple una o ninguna de las características

4. Equivalentes anginosos: En algunos pacientes como los diabéticos (neuropatía), los ancianos o las mujeres, la isquemia miocárdica puede manifestarse de forma atípica como disnea, epigastralgia o síncope.
5. Clasificación de la severidad de la angina según la Canadian Cardiovascular Society:

**TABLA 2: Clasificación de la angina según CCS**

Clase I	La actividad física ordinaria, como andar o subir escaleras, no produce angina. La angina es consecuencia de ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados.
Clase II	Limitación ligera de la actividad ordinaria. La angina aparece en las siguientes circunstancias: andando o subiendo escaleras de forma rápida, subiendo cuevas, paseando o subiendo escaleras después de las comidas, con frío o viento, bajo estrés emocional o sólo durante las primeras horas del día. Bajo circunstancias normales y a un paso normal, el paciente es capaz de andar por llano más de dos manzanas y subir más de un piso de escaleras.
Clase III	Limitaciones manifiestas en la actividad física ordinaria. La angina puede aparecer al andar una o dos manzanas o subir un piso de escaleras.
Clase IV	El paciente es incapaz de llevar a cabo, sin angina, ningún tipo de actividad física. De forma ocasional, puede aparecer angina en reposo.

6. Angina estable o inestable: Se define como angina inestable aquella que cumple alguno de los siguientes criterios (si no los cumple, se trata de angina estable):
  - Angina de reposo prolongado (>20 minutos)
  - Angina grave (CCS≥3) de aparición en el último mes
  - Inestabilización (CCS≥3) de angina previa
  - Angina post-infarto

- **Factores de riesgo cardiovascular:** Es importante recogerlos ya que estos factores aumentan la probabilidad de cardiopatía isquémica: cardiopatía isquémica previa, historia familiar de cardiopatía precoz (varones ≤55 años y mujeres ≤65 años), edad, sexo, diabetes, HTA, dislipemia, tabaquismo y/o consumo de cocaína, enfermedad arterioesclerótica en otros territorios, obesidad, sedentarismo o estrés.
- Indagar otras **causas cardíacas** que puedan originar el SCA: ángor hemodinámico por taquiarritmia (por ejemplo fibrilación auricular con frecuencia cardíaca no controlada), valvulopatía significativa o pericarditis (fiebre, infección respiratoria o gastrointestinal previa, cambios posturales del dolor).
- Escrutar **causas extracardíacas** que puedan exacerbar o precipitar la aparición de SCA: anemia, infección, inflamación, fiebre y trastornos metabólicos o endocrinos (sobre todo tiroideos).

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Es importante para evaluar al paciente y para descartar trastornos cardíacos no isquémicos (disección aórtica, pericarditis, valvulopatía...) o trastornos extracardíacos, como la patología pulmonar aguda (neumotórax, TEP...)

1. Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y saturación de O<sub>2</sub>.
2. La inspección del paciente puede poner de manifiesto la afectación de su estado general, sudoración, posición durante el dolor...
3. La auscultación cardíaca objetiva datos de taquicardia o bradicardia (en cuadros con predominio vagal), irregularidad del ritmo, presencia de 3º o 4º tono, roces (en pericarditis aguda) o soplos (un soplo sistólico en foco mitral sugiere la presencia de insuficiencia mitral isquémica y un soplo diastólico en foco aórtico sugiere insuficiencia aórtica en la disección aórtica).
4. La auscultación pulmonar nos sirve para objetivar crepitantes secundarios a insuficiencia cardíaca (en pacientes con dolor torácico, taquipneicos y sin crepitantes a la auscultación pulmonar hay que pensar en el TEP)
5. Palpación de los pulsos periféricos (pueden estar asimétricos en la disección aórtica)
6. La presencia de hipotensión, ingurgitación venosa yugular, ausencia de crepitantes y hepatomegalia dolorosa nos obliga a descartar IAM de ventrículo derecho.

La clasificación Killip es una clasificación para el IAM con elevación del ST en función de la situación hemodinámica.

**TABLA 3: Clasificación Killip**

Clase I	IAM no complicado con ICC
Clase II	ICC moderada: crepitantes basales y ritmo de galope por S3
Clase III	ICC grave: crepitantes hasta campos medios. EAP.
Clase IV	Shock Cardiogénico.

### ELECTROCARDIOGRAMA

Se debe realizar un ECG de 12 derivaciones en los **primeros 10 minutos** tras la llegada del paciente. En caso de objetivarse elevación del segmento ST inferior se deben incluir las derivaciones derechas V3R-V4R (Simétrica a V3 y V4 pero en el lado derecho) para descartar IAM de ventrículo derecho y si existe descenso del ST en V1-V2, se deben incluir las derivaciones posteriores V7-V8 (A la altura de V4 en la línea axilar posterior y medioescapular respectivamente) para descartar IAM posterior.

Es necesario tener en cuenta que un ECG normal en reposo no excluye el diagnóstico si el paciente presenta o ha presentado síntomas sugestivos de isquemia.

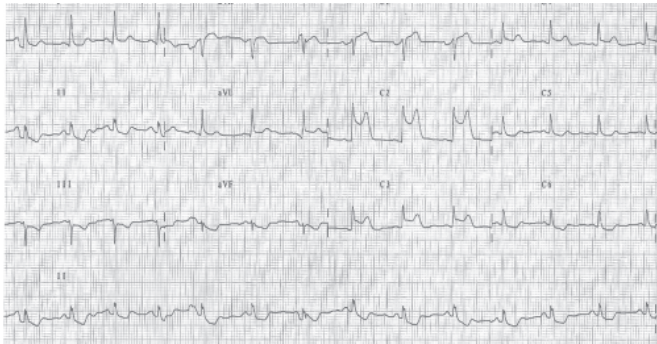


FIGURA 1: IAM Anterior

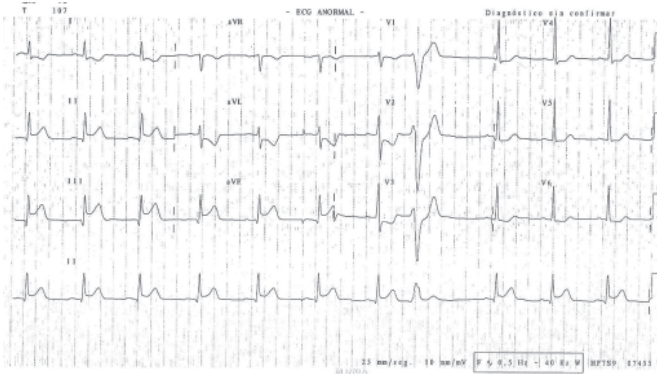


FIGURA 2: IAM Inferior y posterior (extrasístole ventricular en 8º complejo)

• Tipos de alteraciones electrocardiográficas:

1. **Elevación del ST** (lesión subepicárdica): ascenso del ST con convexidad superior “en lomo de delfín”. La elevación del ST transitoria puede ser debida a la existencia de una placa inestable o a un vasoespasmio coronario, lo que se denomina Angina de Prinzmetal (típicamente nocturna, en reposo, y en pacientes jóvenes).

*Diagnóstico diferencial:* Repolarización precoz (variante de la normalidad), pericarditis aguda (elevación en todas las derivaciones salvo aVR, sin imagen especular y con descenso del segmento PR), aneurismas ventriculares (secundarios a IAM previo sobre todo anterior y septal), hiperpotasemia, hipotermia, Síndrome de Brugada (elevación del ST en V1-V2 con BRDHH), abuso de cocaína.

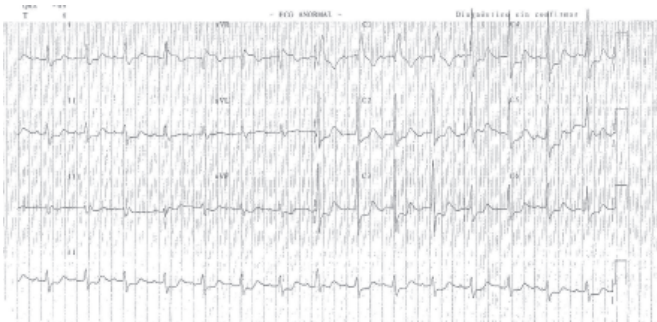


FIGURA 3: BRDHH + descenso ST V4-V6

2. **Descenso de ST** (lesión subendocárdica): infradesnivelación del ST en sentido horizontal o descendente.

*Diagnóstico diferencial:* Hiperventilación, post-taquicardia, hipertrofia de ventrículo izquierdo (descenso ST asimétrico), digital (descenso más redondeado), bloqueo de rama izquierda, hipopotasemia y TEP.

3. **Inversión de la onda T** (isquemia subepicárdica): onda T negativa y simétrica (excepto en AVR o V1 y a veces, dependiendo del eje, en D III-AVF).

*Diagnóstico diferencial:* Variantes de la normalidad (niños, mujeres, raza negra), la hipertrofia de ventrículo izquierdo, hipopotasemia y pericarditis en evolución.

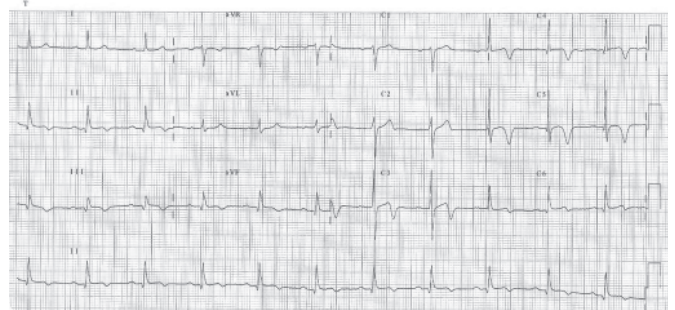


FIGURA 4: Inversión Onda T V3 - V5

4. **Ondas Q patológicas (necrosis):** Es un dato más tardío y debe medir al menos 1/3 de la onda R de esa derivación o 40 mseg de duración.

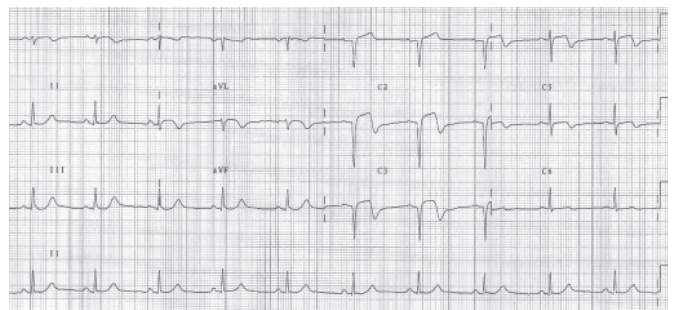


FIGURA 5: Onda Q anterior

*Diagnóstico diferencial:* Ondas Q normales sin estos criterios que pueden presentarse en D1, aVL, V5 y V6, variantes de la normalidad (corazón horizontal (Q en III) y corazón vertical (Q en aVL)), la hipertrofia de ventrículo izquierdo o el síndrome de preexcitación.

### ESTRATIFICACIÓN DIAGNÓSTICA (Probabilidad de enfermedad coronaria)

Con la Hª clínica, la exploración física y el ECG podemos estimar la probabilidad de que se trate de un SCA

TABLA 4: Probabilidad enfermedad coronario

	Alta	Intermedia	Baja
Anamnesis	- Hª previa de C.isq - Dolor opresivo en Tórax o Mb Sup Izq similar a evento isquémico previo	- Dolor opresivo en Tórax o Mb Sup Izq - Edad >70 años - Varón - DM	- Dolor torácico de otras características - Consumo reciente de cocaína
Exploración física	- Sopro transitorio - Hipotensión - Diaforesis - EAP - Crepitantes	- Enfermedad vascular extra cardíaca	- Dolor que se reproduce a la palpación.
ECG	- Elevación de ST (≥ 1 mm) - Inversión de T en varias derivaciones precordiales	- Ondas Q - Depresión ST (0,5-1mm) - Inversión de T (>1mm)	- Aplanamiento de onda T ó inversión < 1mm en derivaciones con R dominante - ECG normal

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante características atípicas o sintomatología dudosa se buscarán síntomas compatibles con las patologías agudas graves más frecuentes: disección de aorta, neumotórax y TEP.

### CLASIFICACIÓN DEL SCA

El SCA se clasifica en tres tipos en función del ECG y de la determinación de marcadores de daño miocárdico. Si presenta elevación persistente del segmento ST o BRIHH de nueva aparición, se denomina SCACEST. En caso de no objetivarse elevación del segmento ST, hablaremos de SCA sin elevación del ST (SCASEST): Angina inestable si no hay elevación de marcadores de daño miocárdico e IAMSEST en caso de haberla.

La importancia de este diagnóstico radica en que el tratamiento inicial, su evolución y pronóstico es diferente en cada caso.

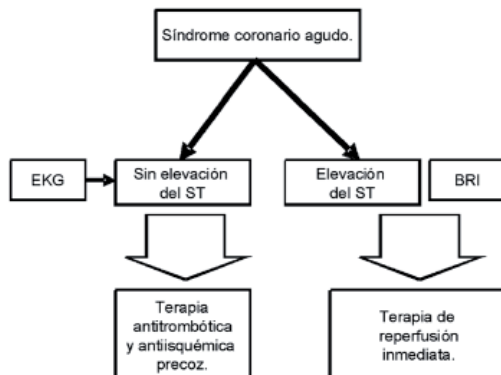


FIGURA 6

- SCACEST= Síndrome coronario agudo con elevación del ST
  - *Fisiopatología:* Rotura de placa con formación de trombo y oclusión total de la arteria.
  - *Presentación clínica:* Angina y ECG con elevación de ST o BRIHH de reciente aparición.
  - *Objetivo:* Abrir la arteria para limitar la muerte celular, el territorio de necrosis, la disfunción ventricular y el desarrollo de arritmias malignas.
  - *Tratamiento:* Reperusión inmediata que puede ser mecánica mediante angioplastia primaria o farmacológica mediante fibrinólisis.
- SCASEST= Síndrome coronario agudo sin elevación del ST
  - *Fisiopatología:* Rotura de placa con formación de trombo y oclusión parcial de la arteria.
  - *Presentación clínica:* Angina y ECG normal o con descenso de ST y/o inversión de onda T.
  - *Tipos:* Angina Inestable (sin elevación de troponina) o IAMSEST (con elevación de troponina).
  - *Objetivo:* Impedir el cierre total de la arteria para evitar la muerte celular.
  - *Tratamiento:* Antisquémico y antitrombótico precoz y reperusión más o menos temprana en función de la estratificación del riesgo.

### TRATAMIENTO

#### A. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ante la sospecha/diagnóstico de un SCA se debe derivar al paciente urgentemente al hospital en ambulancia acompañado de un médico con monitorización continua de ECG.

Mientras se espera la ambulancia se aplicarán unas medidas generales:

1. *Tranquilizar* al paciente y mantenerlo en reposo. Se pueden usar benzodiazepinas: diazepam 5 mg o alprazolam 0,5 mg vía oral.
2. Monitorización de *constantes vitales*.
3. Monitorización del ECG y presencia de un *desfibrilador cerca del paciente*, dada la alta incidencia de arritmias malignas.
4. Administrar *oxígeno* a 2-3l/min sólo si hay dificultad respiratoria, datos de ICC o si la saturación de O2 es <94%.
5. *Canalizar una vía venosa* (Puede administrarse suero para mantenerla permeable): Debe canalizarse preferiblemente la vía por el lado izquierdo (ya que el cateterismo suele realizarse por el brazo derecho) y mejor en la zona de la flexura (alejada de la zona radial).
6. Administrar 300mg de AAS oral sin cubierta entérica (si no tolera la vía oral, administración de acetilsalicilato de lisina por vía intravenosa).
7. Administrar *protector gástrico* para disminuir el riesgo de hemorragias gastrointestinales.
8. Manejo del dolor: *Nitroglicerina de acción rápida* por vía sublingual (contraindicado en pacientes que, dentro de las 6 horas previas, hayan tomado inhibidores de la fosfodiesterasa- 5 Sildenafil o tadalafilo): 1 comp (de 1mg) o 2 pulsaciones de aerosol (de 0,4 mg) cada 5min hasta en 3 ocasiones. Administrar con cuidado en IAM de VD y en pacientes con TAS<90 mmHg. Si no se controla el dolor se usará

*doloro mórfico iv* lento 5-10mg cada 5min hasta un máximo de 20-25 mg (ampolla de 10 mg en 1ml o de 40 mg en 2 ml).

### A.1) SCA CON ELEVACIÓN DEL ST

#### 1. Reperusión urgente:

El objetivo principal en el SCACEST es restablecer el flujo coronario de forma urgente. Para esto disponemos de dos opciones: La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria o la fibrinólisis (ver más adelante en este capítulo los criterios para la elección de una u otra terapia). En Galicia valoraremos su inclusión en Protocolo del PROGALIAM (Programa Gallego de atención al IAM con elevación del ST) para realizar ACTP primaria o fibrinólisis contactando con el 061 e identificando la llamada como "código 1" para activar el mecanismo de inclusión del paciente.

a) *Candidato para ACTP primaria en Progaliam:* Todo paciente con SCACEST de hasta 12 h de duración + Criterios ECG, o si existe contraindicación para la fibrinólisis.

• Criterios ECG:

1. Elevación del ST > 2mm en ≥ 2 derivaciones precordiales adyacentes.
2. Elevación del ST > 1mm en derivaciones inferiores (especialmente si se acompaña de descenso de ST en V1-V2 o V3-V4 o aumento de ST en aVL-V6).
3. BRIHH nuevo o presumiblemente nuevo con criterios clínicos sugestivos de IAM.

• *Contraindicaciones para fibrinólisis:*

**TABLA 5: Contraindicaciones para fibrinólisis**

Absolutas	Relativas
1. ACV hemorrágico o ACV de origen desconocido en cualquier momento	1. AIT en los 6 meses previos
2. ACV isquémico los 6 meses previos	2. Tratamiento anticoagulante oral
3. Traumatismo o neoplasia en el SNC	3. Embarazo o la primera semana posterior al parto
4. Traumatismo/cirugía/daño encefálico reciente importante (durante las 3 semanas previas)	4. HTA refractaria (PAS>180 mmHg y/o PAD>110 mmHg)
5. Sangrado gastrointestinal durante el último mes	5. Enfermedad hepática avanzada
6. Alteración hemorrágica conocida	6. Endocarditis infecciosa
7. Disección aórtica	7. Úlcera péptica activa
8. Punciones no compresibles (punción lumbar, biopsia hepática...)	8. Resucitación refractaria

- *Criterios de exclusión del Progaliam* (individualizar cada caso)
- 1.- SCACEST de más de 12 h.
  - 2.- Shock cardiogénico de más de 36 horas desde el inicio del dolor torácico o más de 18 horas desde el inicio del shock.
  - 3.- Expectativa de vida <6 meses por causas no cardíacas

b) *Candidato a fibrinólisis prehospitalaria en Progaliam:* En ausencia de contraindicaciones, cuando el tiempo para ACTP sea mayor de 110 min y el tiempo desde el inicio de los síntomas sea <2 horas.

La importancia de acortar los tiempos para minimizar las catastróficas consecuencias en morbilidad del SCACEST y la mejora en la faci-

dad de administración de los nuevos fibrinolíticos, plantea la posibilidad a corto plazo de su administración en Urgencias de Atención Primaria mediante el desarrollo de protocolos y personal médico-sanitario entrenado.

#### 2.- Tratamiento específico (habitualmente administrado por 061/ UVI móvil):

1. Carga de *Clopidogrel*: se recomienda dosis de carga de al menos 300 mg, aunque preferiblemente 600 mg (en caso de realizar fibrinólisis, dosis de carga de 300mg en pacientes <75 años y 75 mg en ≥75 años)
2. Si ACTP 1ª administrar *heparina no fraccionada*: Bolo iv. de 100 U/kg (60 U/kg si se administran antagonistas de la GPIIb/IIIa). Máximo 5.000 UI de HNF.

#### 3. Tratamiento de las *arritmias*

• *Bradiarritmias:*

- Sobre todo en infartos inferiores y son secundarias a bradicardia sinusal, bloqueo AV o asistolia ventricular.
- Si cursan con datos de bajo gasto, hipotensión o complejos ventriculares prematuros se usará atropina iv a dosis de 0,5-1mg cada 3-5 min hasta un máximo de 3 mg. Si no responde a la atropina se usará estimulación temporal con palas de marcapaso externo.

• *Aritmias ventriculares:*

El uso de betabloqueantes disminuye la incidencia de arritmias malignas.

- *Ectopia ventricular:* No requiere tratamiento específico
- La TV no sostenida o el ritmo idioventricular acelerado (FC < 120 lat/min; es indicativo de reperusión coronaria) no requieren tratamiento antiarrítmico.
- La TV monomórfica y estable hemodinámicamente se puede intentar tratar con lidocaína o amiodarona ev.
- Si la TV es inestable hemodinámicamente se procederá a cardioversión eléctrica sincronizada bifásica con 200 julios (monofásica: 360J)
- La FV primaria, la TV sin pulso y la TV polimórfica son indicación de cardioversión **no** sincronizada con una descarga bifásica de 200 julios (monofásica: 360J) e iniciar maniobras de soporte vital avanzado convencional, con adrenalina iv 1mg cada 3-5 min y bolo de amiodarona de 300 mg (ver capítulo soporte vital)

### A.2) SCA SIN ELEVACIÓN DEL ST

#### 1. Tratamiento médico

1. *Fondaparinux* 2,5 mg/ 24h (por su perfil eficacia/seguridad más favorable) o *HBPM* (preferiblemente enoxaparina) a dosis de 1 mg/kg/12h subcutánea.
2. *Clopidogrel*: Dosis de carga de 300 mg. Posteriormente 75 mg/24h
3. *Nitratos* sl y/o iv.
4. *Betabloqueantes* si no existe contraindicación y si mantiene la FC ≥ 50 lpm y la TAS ≥ 100 mmHg.
5. *Estatinas* a dosis altas (preferiblemente rosuvastatina o atorvastatina)

#### 2.- Estratificación de riesgo

Existen diversas escalas de estratificación del riesgo en el SCACEST. La recomendada por las Guías Europeas de Cardiología es la clasificación

de riesgo Grace. Esta escala tiene un buen poder discriminativo, sin embargo, es compleja y requiere herramientas especiales (Se encuentra disponible en <http://www.outcomes.org/grace>) Por esto se han diseñado otras escalas, de las cuales la más importante dada su sencillez de aplicación es la escala de riesgo TIMI. Es una estratificación del riesgo que incluye 7 parámetros y la presencia de cada uno supone 1 punto:

- Edad > 65 años
- 3 o más FRCV (HTA, DL, DM, tabaquismo, Hª familiar de EAC)
- Uso de aspirina en los 7 días previos.
- 2 o más episodios de angina en las 24 horas previas
- Cambios del ST en el ECG (al menos 0,5 mm)
- Aumento de marcadores de daño miocárdico
- Enfermedad coronaria conocida previa

**TABLA 6**

Alto riesgo	≥5 pts
Riesgo intermedio	3-4 pts
Bajo riesgo	≤2 pts

### 3.- Estrategia invasiva en el SCASEST

En el SCASEST se puede elegir entre dos estrategias: la estrategia invasiva (cateterismo directo) y la conservadora (estabilización inicial con tratamiento médico y en caso de nuevas recurrencias de angina o pruebas de detección de isquemia positivas, realización de cateterismo). En función de variables clínicas, electrocardiográficas y analíticas, se decidirá cuál es la mejor opción.

- Estrategia invasiva urgente:
  - Angina persistente o recurrente con/sin cambios ST (≥2 mm) u onda T muy negativa, resistente a tratamiento farmacológico.
  - Síntomas clínicos de insuficiencia cardíaca o que progresan a inestabilidad hemodinámica.
  - Arritmias que ponen en peligro la vida (FV,TV)
- Estrategia invasiva precoz (<72 horas):
  - Troponinas elevadas.
  - Cambios dinámicos del ST o cambios en la onda T (≥ 0,5 mm).
  - Diabetes mellitus.
  - Función renal reducida (TFG < 60 ml/min/1,73 m2).
  - Fracción de eyección ventricular izquierda deprimida (< 40%).
  - Angina precoz postinfarto.
  - ACTP en los últimos 6 meses.
  - Cirugía de revascularización previa.
  - Riesgo intermedio a alto según una clasificación del riesgo.

- No estrategia invasiva o electiva
  - Ausencia de recurrencia del dolor torácico.
  - Ausencia de signos de insuficiencia cardíaca.
  - Ausencia de anomalías en el ECG inicial o en el segundo ECG (6-12 h).
  - Ausencia de elevación de las troponinas (al llegar y a las 6-12 h).

## B. ANGINA ESTABLE

### 1.- Manejo en urgencias

Se puede iniciar el tratamiento en régimen ambulatorio, derivándose a consultas externas de cardiología especialista de forma preferente para confirmar el diagnóstico de la isquemia y su estratificación pronóstica.

### 2.- Tratamiento farmacológico

1. Aspirina (100 mg/día).
2. Betabloqueantes
3. IECAS
4. Nitratos o Antagonistas del calcio en caso de persistir angina o contraindicación para la toma de betabloqueantes
5. Estatinas
6. Nitratos de acción rápida para alivio de los síntomas.

**TABLA DE FÁRMACOS EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

**TABLA 7**

Principio activo	Nombre comercial	Dosis por comp	Dosis máx	Contraindicaciones
<b>1.- Antiagregantes plaquetarios</b>				
Aspirina	Aldiro®	100 mg	100 mg/24h	- Úlcera péptica activa - Hemorragia activa
Clopidogrel	Plavix/Iscover®	75 mg	75 mg/ 24h	- Hemorragia activa - Embarazo/lactancia
<b>2.- Anticoagulantes</b>				
Enoxaparina	Clexane®	20, 40, 60, 80,100 mg	1mg/Kg/12h	- Hemorragia activa -Insuficiencia renal
Fondaparinux	Arixtra®	2,5 mg	2,5 mg/24h	- Hemorragia activa - Insuficiencia Renal
<b>3.- Betabloqueantes</b>				
Nebivolol	Lobivon®	5 mg	10 mg/24h	- Asma bronquial - EPOC - BAV avanzado
Atenolol	Tenormin®	50/100 mg	100 mg/12h	
Carvedilol	Coropres®	6,25/25mg	25 mg/12h	
Bisoprolol	Emconcor®	2,5/5/10 mg	10mg/12h	
<b>4.- Calcio-Antagonistas</b>				
Amlodipino	Norvas/Astudal®	5/10 mg	10 mg/24h	Verapamil y Diltizem: - Disfunción VI - BAV - Bradicardia
Manidipino	Artedil ®	10/20 mg	20mg/24h	
Verapamil	Manidon®	80mg (Comp Retard: 120,180,240)	480 mg/24h	
Diltiazem	Masdil/Dinisor®	60 mg (Comp Retard: 0,120,180,240)	480 mg/24h	
<b>5.- Nitratos</b>				
Parches transdérm	Nitradisc, Diafusor, Minitran, Nitro-Dur®	5, 10, 15 mg	1 parche/24h	- Hipotensión - Inhibidores de la FD-5 (Viagra®, Cialis®)
5-mononitrato de isosorbida	Uniket®	20/40mg 50mg(retard)	1 cmp/8 h (1/24h si retard)	
<b>6.- IECAs</b>				
Enalapril	Renitec®	5/20 mg	20mg/12h	- Angioedema - Estenosis renal ilateral -HiperK, Insuf Renal
Ramipril	Acovil®	1,25/2,5/ 5/10 mg	5 mg/12h	
Lisinopril	Zestril®	5 /20 mg	20 mg/24h	

**TABLA 8:** Tabla de abreviaturas

SCA	Síndrome Coronario Agudo
SCACEST	SCA con elevación del segmento ST
SCASEST	SCA sin elevación del segmento ST
IAM	Infarto agudo de miocardio
TEP	Tromboembolismo pulmonar
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
EAP	Edema agudo de pulmón
BRIHH	Bloqueo de rama izquierda del Haz Hiss
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2007;28:1598-660.
- 2.- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, Filippatos G, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2008;29:2909-45
- 3.- O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, Menon V, O'Neil BJ, Travers AH, Yannopoulos D. Acute Coronary Syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122;S787-S817.
- 4.- Libby P, Bonow RO, Zipes DP, Mann DL, Braunwald E. Tratado de Cardiología. 7ª Edición