Síndrome coronario agudo: triaje, reperfusión, fibrinólisis cuando no hay ICP oportuna, antitrombóticos, estrategia invasiva, choque cardiogénico y prevención secundaria

Basada en la guía ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI 2025 para el manejo de los síndromes coronarios agudos (fuente principal), la guía ESC 2023 de síndromes coronarios agudos, la declaración científica AHA 2026 sobre el manejo multidisciplinario de los antiagregantes plaquetarios, para el contexto mexicano, el Protocolo de Atención Integral de Código Infarto del IMSS (2025) y, para la evaluación inicial del dolor torácico, la guía AHA/ACC 2021 de dolor torácico; lista completa al final. Adultos con SCA tipo 1. El diagnóstico y la definición del infarto se tratan en la guía «Quinta definición universal del infarto 2026».

Versión 1.2 · 12 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **ECG de 12 derivaciones en ≤10 min** del primer contacto médico; si no es diagnóstico y la sospecha sigue, repítelo y agrega V7–V9 ante descenso aislado del ST en V1–V3 **[1 B-NR]**.[1]
- **SCACEST de <12 h: ICP primaria** con meta del primer contacto al dispositivo de **≤90 min**, o **≤120 min** si hay que trasladar **[1 A]**.[1]
- **Si la ICP primaria no llega en 120 min, fibrinólisis** en los primeros 12 h sin contraindicación **[1 A]**, con bolo en ≤10 min del diagnóstico (ESC), y **traslado inmediato** a un centro con ICP: rescate si falla, coronariografía a las 2–24 h si funciona.[1,2]
- **SCASEST:** el riesgo define el momento. Inestabilidad o angina refractaria, cateterismo inmediato; alto riesgo, en <24 h; riesgo intermedio, durante la hospitalización; bajo riesgo, estrategia rutinaria o selectiva.[1,2]
- **Doble antiagregación (DAP):** aspirina + ticagrelor o prasugrel si hay ICP **[1 B-R]**; clopidogrel con fibrinólisis **[1 A]**. DAP 12 meses por defecto si no hay alto riesgo de sangrado.[1]
- **Choque cardiogénico:** revascularización urgente de la culpable a cualquier hora **[1 B-R]**, sin ICP rutinaria de las no culpables **[3: daño]**.[1]
- **Al alta:** estatina de alta intensidad, FEVI medida, rehabilitación cardiaca, vacuna de influenza y un plan que asegure que el paciente surte y toma sus antiagregantes.[1,3]

7.5 %
aumento del riesgo relativo de muerte a 1 año por cada 30 min de retraso en la ICP primaria[1]

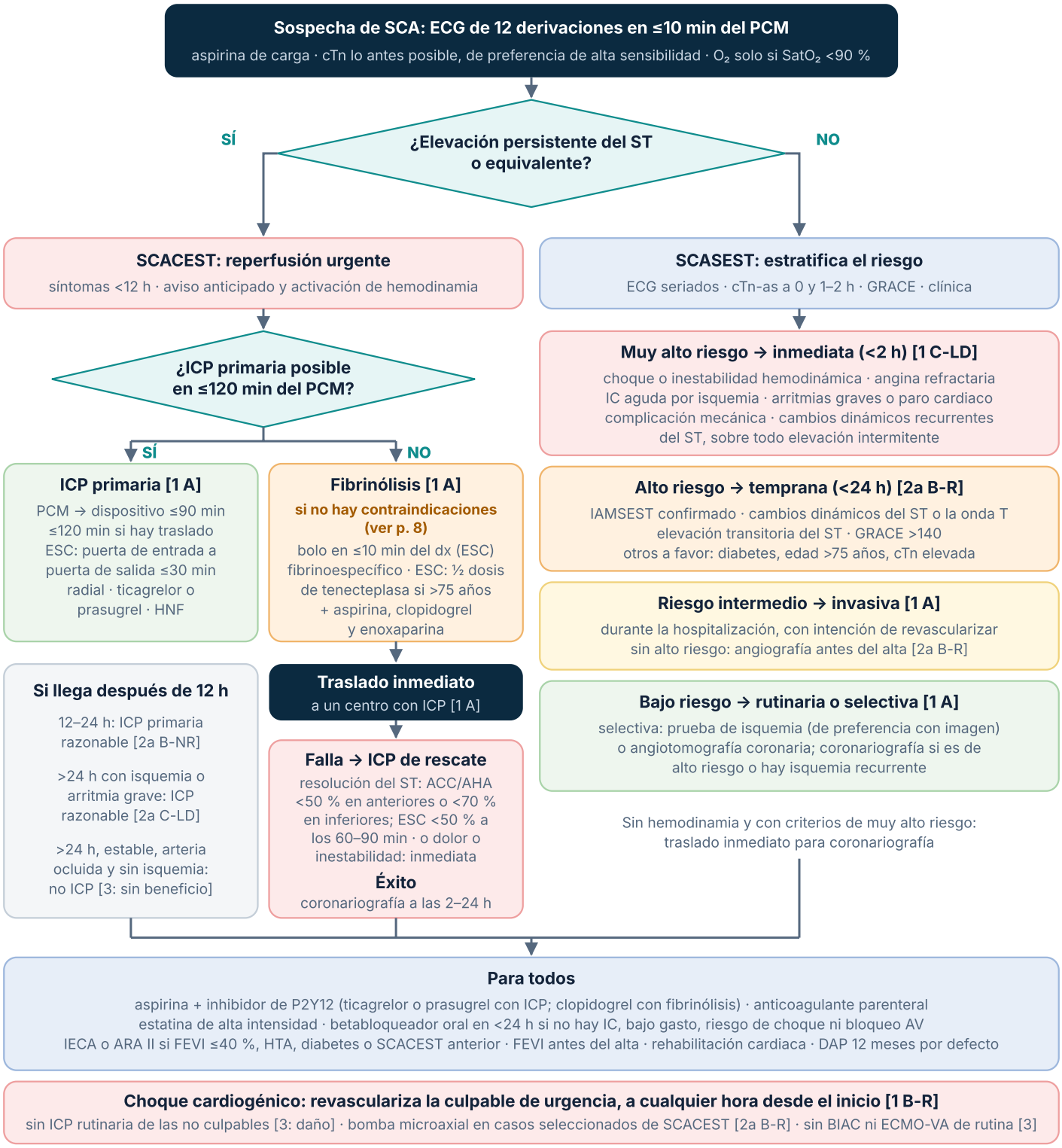
30 / 1000
muertes tempranas evitadas por cada 1000 pacientes con SCACEST tratados con fibrinólisis en las primeras 6 h[2]

40.6–52.5 %
de falta de adherencia a la antiagregación después de un infarto, en un estudio citado por la AHA[3]

Cómo leer las recomendaciones: ACC/AHA 2025 (sin etiqueta): clase 1 (se recomienda), 2a (es razonable), 2b (puede considerarse), 3 (sin beneficio o daño); nivel A, B-R (aleatorizado), B-NR (no aleatorizado), C-LD (datos limitados), C-EO (opinión de expertos): **[1 A]**. ESC 2023: clase I–III y nivel A–C, con etiqueta: **[ESC I A]**. Guía de dolor torácico AHA/ACC 2021: misma escala que la ACC/AHA, con etiqueta: **[DT 1 B-NR]**.
Siglas: SCA, síndrome coronario agudo; SCACEST/SCASEST, SCA con/sin elevación del ST; IAMCEST/IAMSEST, infarto con/sin elevación del ST; ICP, intervención coronaria percutánea; ICPp, ICP primaria; PCM, primer contacto médico; cTn-as, troponina cardiaca de alta sensibilidad; DAP, doble antiagregación plaquetaria; HNF, heparina no fraccionada; ACO, anticoagulante oral; ACOD, ACO directo; CRVC, cirugía de revascularización coronaria; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; IC, insuficiencia cardiaca; BIAC, balón intraaórtico de contrapulsación; ECMO-VA, oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial; DAI, desfibrilador automático implantable; IBP, inhibidor de la bomba de protones; c-LDL, colesterol LDL; RC, rehabilitación cardiaca; IECA/ARA II, inhibidores de la ECA/antagonistas del receptor de angiotensina II; ARM, antagonista del receptor de mineralocorticoides; iSGLT2, inhibidores de SGLT2.

· El algoritmo (página 2)
1 Triaje y primera hora
2 Estratificación del riesgo
3 Reperfusión en el SCACEST
4 Fibrinólisis
5 SCASEST: estrategia invasiva
6 Antiagregantes
7 Anticoagulantes
8 En la sala de hemodinamia
9 Choque y complicaciones
10 Hospitalización y alta
11 Prevención secundaria
12 ACC/AHA frente a ESC
13 Errores y casos
14 Consulta rápida

El algoritmo[1,2]



Clases ACC/AHA 2025 entre corchetes, salvo que diga ESC. dx, diagnóstico.

Esquema elaborado por Medicina en Resumen con las fuentes citadas; no reproduce figuras originales. Los criterios de muy alto y alto riesgo del SCASEST siguen la ESC 2023; la ACC/AHA 2025 (figura 8) indica cateterismo inmediato con angina refractaria, inestabilidad hemodinámica o eléctrica, IC aguda o insuficiencia mitral que empeora, y temprano sobre todo con GRACE >140; las clases entre corchetes son de la ACC/AHA.[1,2]

1 Triaje y primera hora[1,2,4]

El objetivo de la primera hora es decidir si el paciente necesita reperfusión inmediata. El tiempo total de isquemia suma el retraso del paciente, el del sistema de emergencias y el del hospital; cada componente se acorta con protocolos acordados de antemano.[1,2] La guía ACC/AHA 2025 pide que toda comunidad cree y mantenga una **red regional de atención del IAMCEST** que coordine el traslado prehospitalario y hospitalario [1 B-NR].[1]

PREHOSPITAL Y SERVICIO DE URGENCIAS

- **ECG de 12 derivaciones en ≤10 min** del PCM, interpretado por alguien capacitado [1 B-NR]; la guía de dolor torácico lo pide en ≤10 min de la llegada en cualquier ámbito, incluido el consultorio [DT 1 C-LD]. El PCM es el momento en que un profesional puede obtener e interpretar el ECG y dar las primeras intervenciones, como la desfibrilación.[1,4]
- **ECG seriados** si el primero no es diagnóstico y la sospecha es alta, los síntomas persisten o el paciente empeora [1 C-LD prehospital; 1 B-NR en el hospital; DT 1 C-EO]. Un segundo o tercer ECG en el traslado identifica hasta 15 % más de IAMCEST; no debe retrasar el traslado.[1,4]
- **Traslado directo a un hospital con ICP** para ICPp, con meta del PCM al primer dispositivo ≤90 min [1 B-NR]; si no es factible, puede considerarse el traslado directo si el tiempo esperado es ≤120 min.[1]
- **Aviso anticipado** al hospital receptor y activación del equipo de hemodinamia desde el campo [1 B-NR]. También acortan el tiempo: un protocolo de traslado con una sola llamada y llevar al paciente directo a la sala de hemodinamia sin pasar por urgencias.[1]

TROPONINA Y ECG

- **cTn lo antes posible**, de preferencia de alta sensibilidad [1 B-NR]. Si la primera no es diagnóstica, repítela a las **1–2 h** (alta sensibilidad) o a las **3–6 h** (convencional) [1 B-NR].[1]
- **No esperes la troponina** para reperfundir un IAMCEST: la fibrinólisis no debe retrasarse por los biomarcadores.[2]
- **Derivaciones posteriores V7–V9** si sospechas oclusión de la circunfleja, sobre todo con descenso aislado del ST ≥0.5 mm en V1–V3.[1]
- **Bloqueo de rama izquierda nuevo:** por sí solo no es diagnóstico de infarto; en un paciente asintomático no es equivalente de IAMCEST.[1]
- Pueden elevar el ST o enmascarar un IAMCEST: pericarditis aguda, hipertrofia ventricular izquierda, bloqueo de rama izquierda, síndrome de Brugada, estimulación ventricular derecha, síndrome de takotsubo y repolarización temprana.[1]

ECG	SCASEST	SCACEST
Datos de isquemia	Descenso del ST horizontal o descendente ≥0.5 mm en ≥2 derivaciones contiguas, nuevo o presuntamente nuevo y casi siempre dinámico; inversión de la onda T >1 mm en ≥2 derivaciones contiguas con R prominente o R/S >1; elevación transitoria del ST	Elevación del ST nueva o presuntamente nueva en el punto J en ≥2 derivaciones contiguas: ≥1 mm en todas salvo V2–V3; en V2–V3, ≥2 mm en hombres ≥40 años, ≥2.5 mm en hombres <40 años y ≥1.5 mm en mujeres de cualquier edad
Lo que no descarta	Muchos pacientes con SCASEST tienen un ECG normal o con cambios inespecíficos del ST o la onda T: un ECG sin isquemia no descarta un SCA.[1]	

Adaptada de la tabla 3 de la guía ACC/AHA 2025. Los criterios diagnósticos completos y los equivalentes de IAMCEST se revisan en la guía de la quinta definición universal del infarto.[1]

DOLOR TORÁCICO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST: VÍAS DE DECISIÓN CLÍNICA[1,4]

La guía de dolor torácico 2021 pide que el hospital use una **vía de decisión clínica** (protocolo estructurado de troponina seriada, con o sin escala de riesgo) que asigne riesgo bajo, intermedio o alto [DT 1 B-NR], con un muestreo adaptado al ensayo de cTn-as local [DT 1 C-LD], cuyo percentil 99 debes conocer [DT 1 C-EO]. La cTn-as se repite a las 1–3 h de la basal (la ACC/AHA 2025 acota a 1–2 h) y la convencional a las 3–6 h [DT 1 B-NR]. Si se dispone de cTn, la CK-MB y la mioglobina no sirven para diagnosticar lesión miocárdica [DT 3: sin beneficio, B-NR].[1,4]

Bajo riesgo

<1 % DE MUERTE O MACE A 30 DÍAS · DT 1 B-NR

- **Ruta 0 h: ECG normal, síntomas de ≥3 h y cTn-as basal bajo el límite de detección** [DT 2a B-NR]**; la tabla 8 acepta también un valor «muy bajo»** [DT 2a B-NR]
- **Rutas 0/1 h y 0/2 h: cTn-as basal y delta bajo los umbrales «bajos» del ensayo (VPN >99 %)**
- **Escalas con cTn seriadas <p99: HEART ≤3, EDACS ≤16 o TIMI 0–1**
- **Alta sin hospitalizar ni pruebas cardiacas urgentes** [DT 2a B-R]**; las pruebas en 30 días no mejoran el pronóstico. Ayuda de decisión con el paciente** [DT 1 B-R] **y seguimiento de sus factores de riesgo**

Riesgo intermedio

NI BAJO NI ALTO POR LA VÍA

- **Sin lesión miocárdica aguda por cTn, pero candidato a más estudio**
- **Ecocardiograma transtorácico** [DT 1 C-EO]**; unidad de observación razonable** [DT 2a A]
- **Sin enfermedad coronaria conocida: angiotomografía coronaria** [DT 1 A] **o prueba de esfuerzo con o sin imagen** [DT 1 B-NR]**, según disponibilidad**
- **Decide con el paciente si se hospitaliza, se observa o se estudia ambulatorio** [DT 1 B-R]

Alto riesgo

DE MACE A CORTO PLAZO · DT 1 B-NR

- **Cambios isquémicos nuevos en el ECG, lesión miocárdica aguda confirmada por cTn, FEVI <40 % nueva, isquemia moderada a grave en una prueba, inestabilidad hemodinámica o puntaje alto de la vía**
- **Coronariografía** [DT 1 C-EO]**; el momento lo define la estrategia invasiva del SCASEST (sección 5)**

Resumen de las tablas 6 y 8 y de las recomendaciones de la sección 4.1 de la guía de dolor torácico 2021. MACE, eventos cardiovasculares adversos mayores; VPN, valor predictivo negativo; p99, percentil 99. «Muy baja», «baja» y los deltas son umbrales propios de cada ensayo.[4]

PARO CARDIACO RECUPERADO

SITUACIÓN	CONDUCTA
Paro con IAMCEST recuperado	Traslado preferente a un centro con ICPp [1 C-LD]
IAMCEST, no comatoso o comatoso con pronóstico favorable	ICPp [1 B-NR]
IAMCEST, comatoso con pronóstico desfavorable	ICPp tras valoración individual [2b C-LD]
Comatoso, estable y sin IAMCEST	No angiografía inmediata [3: sin beneficio, A]

Pronóstico desfavorable: paro no presenciado, sin reanimación por testigos, ritmo no desfibrilable, reanimación o tiempo a la circulación espontánea >30 min, pH <7.2, lactato >7 mmol/L, edad >85 años, ERC en diálisis.[1]

OXÍGENO Y ANALGESIA

- **O_2 solo con $SatO_2$ <90 %, para llevarla a ≥90 %** [1 C-LD]. **Con $SatO_2$ ≥90 %, no lo indiques de rutina: no mejora los desenlaces** [3: sin beneficio, A].[1]
- **La analgesia alivia, pero no mejora los desenlaces. Si la angina no cede con nitratos, el paciente necesita revascularización rápida; no uses opioides solo para enmascararla.**[1]
- **Evita los AINE (salvo la aspirina): aumentan los eventos cardiovasculares mayores sin beneficio documentado en el SCA.**[1]
- **Los opioides pueden retrasar la absorción de los inhibidores orales de P2Y12; la relevancia clínica de este efecto sigue en discusión.**[1]

FÁRMACO	DOSIS	CONSIDERACIONES
Nitroglicerina SL	0.3–0.4 mg cada 5 min, hasta 3 dosis	Paciente estable con PAS ≥90 mm Hg
Nitroglicerina IV	10 µg/min; titula según dolor y presión	Angina persistente tras el nitrato oral, HTA o edema pulmonar. Evítala si sospechas infarto del ventrículo derecho, con PAS <90 mm Hg o caída de la PAS >30 mm Hg. Taquifilaxia hacia las 24 h
Morfina IV	2–4 mg; repite cada 5–15 min si hace falta; hasta 10 mg	Dolor resistente a los antiisquémicos a dosis máxima tolerada; vigila efectos adversos
Fentanilo IV	25–50 µg; repite si hace falta; hasta 100 µg	Igual que la morfina

Tabla 6 de la guía ACC/AHA 2025. No des nitratos tras un inhibidor de la PDE5: espera 12 h con avanafil, 24 h con sildenafil o vardenafil y 48 h con tadalafil.[1]

INTERROGATORIO Y PACIENTES CON RIESGO DE SUBDIAGNÓSTICO (GUÍA DE DOLOR TORÁCICO 2021)

- **Términos: describe el dolor como cardiaco, posiblemente cardiaco o no cardiaco; no uses «atípico», que no orienta y se lee como benigno** [DT 1 C-LD]**. Presión, opresión o malestar en tórax, hombros, brazos, cuello, espalda, epigastrio o mandíbula, la disnea y la fatiga cuentan como equivalentes. El alivio con nitroglicerina no confirma isquemia.**[4]
- **Mujeres: se subdiagnostican; considera siempre una causa cardiaca** [DT 1 B-NR]**. El dolor torácico es su síntoma principal en el SCA, con la misma frecuencia que en los hombres, pero se acompaña más a menudo de náusea, fatiga o disnea: pregunta por ellas** [DT 1 B-NR]**. Las escalas y el juicio clínico tienden a subestimar su riesgo.**[4]
- **>75 años: piensa en SCA si hay disnea, síncope, delirium agudo o una caída inexplicada** [DT 1 C-LD].[4]
- **En el consultorio: con sospecha de SCA, traslado urgente a urgencias, idealmente en ambulancia** [DT 1 C-LD]**, sin retrasarlo para pedir troponina u otros estudios** [DT 3: daño, C-LD].[4]

2 Estratificación del riesgo[1,2]

Usa GRACE o TIMI en quien ya tiene un SCA sospechado o confirmado, no para diagnosticarlo. Su utilidad práctica en el SCASEST es decidir cuándo cateterizar. GRACE predice muerte o reinfarto mejor que el juicio clínico, aunque no se ha probado que aplicarla de rutina cambie los desenlaces.[1]

ESCALA	POBLACIÓN Y DESENLACE	VARIABLES
GRACE 2.0	SCA · muerte o muerte/infarto en el hospital, a 6 meses, 1 y 3 años	Edad, clase Killip, PAS, frecuencia cardiaca, desviación del ST, paro cardiaco al ingreso, creatinina, biomarcadores elevados
TIMI AI/IAMSEST	SCASEST · muerte, infarto o revascularización urgente a 14 días	1 punto por cada uno: edad ≥65 años, ≥3 factores de riesgo, estenosis coronaria conocida ≥50 %, desviación del ST ≥0.5 mm, ≥2 episodios de angina en 24 h, aspirina en los 7 días previos, biomarcadores elevados
TIMI IAMCEST	IAMCEST · muerte a 30 días	Edad 65–74 (2) o ≥75 años (3) · Killip II–IV (2) · PAS <100 mm Hg (3) · FC >100 lpm (2) · elevación anterior del ST o bloqueo de rama izquierda (1) · diabetes, HTA o angina (1) · peso <67 kg (1) · tiempo al tratamiento >4 h (1)

Resumen de la tabla 5 de la guía ACC/AHA 2025. La congestión pulmonar (exploración, radiografía o ecografía pulmonar) es parte de la clase Killip; una cTn más alta y los péptidos natriuréticos también señalan más riesgo de muerte e IC.[1]

RECONOCE EL CHOQUE EN EL PRIMER CONTACTO

El choque cardiogénico por infarto se presenta en el 7–10 % de los SCA y tiene mortalidad alta. Reconocerlo en el primer contacto es la clave del triaje: estos pacientes van a un hospital con ICP, idealmente uno con soporte circulatorio mecánico, porque la revascularización temprana mejora la supervivencia.[1]

3 Reperfusión en el SCACEST[1,2]

La ICPp es el método de reperfusión preferido. En el estudio FITT-STEMI, cada 10 min de retraso después de 60 min del PCM sumó 3–4 muertes por cada 100 pacientes con choque cardiogénico.[1] Los retrasos del traslado suelen subestimarse: calcula el tiempo esperado para cada paciente antes de decidir.[1]

SITUACIÓN	CONDUCTA	CLASE
<12 h desde el inicio de los síntomas	ICPp con meta PCM → dispositivo ≤90 min, o ≤120 min si hay traslado	1 A
Hospital sin ICP, tiempo estimado ≤120 min o contraindicación para fibrinólisis	Traslado para ICPp	1 A
Hospital sin ICP, <12 h y retraso esperado >120 min	Fibrinólisis si no hay contraindicaciones (ver p. 8)	1 A
Choque cardiogénico o inestabilidad hemodinámica	Revascularización urgente de la culpable (ICP o CRVC), sin importar el tiempo	1 B-R
12–24 h	ICPp razonable; en un hospital sin ICP, trasladar es razonable	2a B-NR
>24 h con isquemia persistente o arritmia que amenaza la vida	ICPp razonable	2a C-LD
>24 h, estable, arteria ocluida, sin isquemia, IC aguda grave ni arritmia	No hacer ICPp	3: sin beneficio, B-R
Solo descenso del ST (salvo IAMCEST posterior verdadero)	No dar fibrinólisis: riesgo de hemorragia cerebral y sangrado mayor	3: daño, B-R

ACC/AHA 2025. En el paciente tardío (12–24 h) con inestabilidad o infarto extenso, si la ICPp no es posible a tiempo, el beneficio de la fibrinólisis puede superar sus riesgos; después hay que trasladarlo en cuanto se pueda.[1] La ESC prefiere la ICPp sobre la fibrinólisis en todos los pacientes que llegan después de 12 h.[2]

TIEMPOS ESC 2023

- La ICPp se prefiere si se espera en <120 min del diagnóstico [ESC I A]; metas del diagnóstico al paso de la guía: <60 min en un centro con ICP y <90 min si hay traslado.[2]
- Puerta de entrada a puerta de salida ≤30 min en el hospital sin ICP.[2]
- Bolo del fibrinolítico <10 min del diagnóstico, de preferencia prehospitalario [ESC I A].[2]

CRVC URGENTE

- Cuándo sí: culpable permeable con anatomía no apta para ICP y gran territorio en riesgo o choque; o como parte de la reparación de una complicación mecánica.[2]
- Cuándo es dudosa: tras una ICP fallida o una oclusión no tratable con ICP, porque la cirugía retrasa la reperfusión y su riesgo es mayor.[2]

POR QUÉ IMPORTA LA FIBRINÓLISIS EN MÉXICO

Muchos pacientes llegan primero a un hospital sin sala de hemodinamia o lejos de ella. La ventaja de la ICP primaria se pierde a medida que se acerca a 120 min desde el PCM. Si no llega en ese plazo, fibrinolizar y trasladar para ICP a las 2–24 h da resultados comparables.[1] Decide la estrategia en minutos, no después de esperar la troponina.[2]

4 Fibrinólisis y estrategia farmacoinvasiva[1,2,5]

El beneficio de la fibrinólisis depende del tiempo y es mayor en las primeras 12 h, en quien llega temprano, tiene bajo riesgo de sangrado y un infarto anterior extenso.[1] En el estudio STREAM (síntomas <3 h, sin ICP posible en 1 h), la fibrinólisis prehospitalaria seguida de ICP temprana tuvo resultados similares a la ICPp a 30 días y a 1 año; el exceso de hemorragia intracraneal se atenuó al usar la mitad de la dosis de tenecteplasa en los mayores de 75 años.[1,2] Los agentes fibrinoespecíficos se prefieren por su mayor tasa de permeabilidad y menor inmunogenicidad [ESC I B]; la tenecteplasa iguala a la alteplasa en mortalidad a 30 días, con menos sangrado no cerebral.[1,2]

AGENTE	DOSIS
Tenecteplasa	Bolo IV único por peso: 30 mg (<60 kg) · 35 mg (60–69) · 40 mg (70–79) · 45 mg (80–89) · 50 mg (≥90 kg). ESC: considera la mitad de la dosis si >75 años [ESC IIa B]

AGENTE	DOSIS
Reteplasa	**Dos bolos IV de 10 U, cada uno en 2 min, con 30 min de separación**
Alteplasa	**Infusión de 90 min. ≥67 kg: 15 mg en bolo, 50 mg en 30 min y 35 mg en 60 min (100 mg). <67 kg: 15 mg en bolo, 0.75 mg/kg en 30 min (máx. 50 mg) y 0.5 mg/kg en 60 min (máx. 35 mg)**

Tabla 13 de la guía ACC/AHA 2025 y ESC 2023.[1,2]

TRATAMIENTO CONCOMITANTE

- **Aspirina + clopidogrel** [1 A]**: clopidogrel 300 mg de carga si ≤75 años; 75 mg sin carga si >75 años.**[1] **No hay evidencia suficiente para dar ticagrelor o prasugrel con la fibrinólisis.**[2] **Para la ICP posterior, la ACC/AHA acepta seguir con clopidogrel o pasar a ticagrelor (<75 años, en las primeras 24 h) o a prasugrel (>24 h después del fibrinolítico).**[1]
- **Anticoagulación parenteral durante la hospitalización (máximo 8 días) o hasta la revascularización** [1 A]**; si no se planea estrategia invasiva, enoxaparina** [1 A] **o fondaparinux** [1 B-R]**.**[1]
- **El esquema más estudiado como parte de la estrategia farmacoinvasiva: tenecteplasa por peso, aspirina, clopidogrel y enoxaparina IV seguida de SC hasta la ICP.**[2]
- **No agregues inhibidores de GP IIb/IIIa: no hay pruebas de que mejoren la perfusión ni los desenlaces, y pueden aumentar el sangrado.**[2]

CONTRAINDICACIONES DE LA FIBRINÓLISIS
Absolutas: hemorragia intracraneal previa · lesión vascular cerebral estructural (p. ej., malformación arteriovenosa) · neoplasia intracraneal maligna · evento vascular cerebral isquémico en los últimos 3 meses (salvo el agudo en <4.5 h) · sospecha de disección aórtica · sangrado activo o diátesis hemorrágica (excepto menstruación) · traumatismo craneal o facial cerrado importante en 3 meses · cirugía intracraneal o intrarraquídea en 2 meses · HTA grave no controlada que no responde al tratamiento (PAS >180 o PAD >110 mm Hg)
Relativas: HTA crónica grave mal controlada · PAS >180 o PAD >110 mm Hg al llegar · evento vascular cerebral isquémico hace >3 meses · demencia · otra patología intracraneal · reanimación traumática o prolongada (>10 min) · cirugía mayor en <3 semanas · sangrado interno en 2–4 semanas · punciones vasculares no compresibles · embarazo · úlcera péptica activa · tratamiento con ACO

Tabla 14 de la guía ACC/AHA 2025: orientativa, no exhaustiva.[1] Una contraindicación es en sí misma una razón para trasladar a ICPp [1 A].[1]

DESPUÉS DEL FIBRINOLÍTICO

- **Traslada de inmediato a un centro con ICP, sin esperar signos de reperfusión** [1 A]**.**[1,2]
- **Reperfusión fallida, con ICP de rescate inmediata** [1 B-R]**: resolución del ST según la ACC/AHA, <50 % en anteriores o <70 % en inferiores; según la ESC, <50 % a los 60–90 min; también isquemia que no mejora o inestabilidad hemodinámica o eléctrica. No repitas la fibrinólisis.**[1,2]
- **Reperfusión exitosa: coronariografía con intención de ICP a las 2–24 h** [1 B-R]**. En los ensayos, más del 80 % de los trasladados necesitó ICP.**[1]
- **IC o choque de inicio nuevo o persistente tras la fibrinólisis: angiografía urgente con ICP de la culpable si está indicada** [ESC I A]**.**[2]

CONTEXTO EN MÉXICO: CÓDIGO INFARTO DEL IMSS (PAI 2025)

- **Activación: triaje en rojo de todo dolor torácico, disnea o síncope con sospecha de infarto, sin importar adscripción ni identificación; ECG de 12 o 16 derivaciones en ≤10 min. Al integrar el IAMCEST, el médico de urgencias fija el «tiempo cero» (el momento del diagnóstico, como la ESC; la ACC/AHA cuenta desde el PCM) y activa la alerta de Código Infarto.[5]**
- **Estrategia: síntomas <12 h y sala de hemodinamia disponible en <2 h: ICPp de la culpable en <90 min. Sin sala o con traslado >2 h: fibrinólisis en <30 min si no hay contraindicaciones, con consentimiento informado (meta más holgada que el bolo en ≤10 min de la ESC).[2,5]**
- **Fibrinolíticos del protocolo: solo fibrinoespecíficos, alteplasa y tenecteplasa por peso, con ½ dosis de tenecteplasa en >75 años (como la ESC; la tabla de la ACC/AHA no ajusta por edad).[1,2,5]**
- **Reperfusión: se evalúa con clínica y ECG a los 60 y 90 min; éxito = descenso del ST >50 % del basal, arritmias de reperfusión (ritmo idioventricular acelerado, extrasístoles) y mejoría de los síntomas, sin distinguir territorio. Éxito: traslado para estrategia invasiva a las 2–24 h; falla: traslado inmediato para ICP de rescate.[5]**
- **Traslado: el caso se presenta de inmediato al tercer nivel por el Centro Regulador o el chat de la Red Código Infarto, con una plantilla de datos mínimos: horas de inicio de síntomas, llegada y primer ECG, fibrinolítico con hora y dosis, y ECG a los 60 y 90 min.[5]**
- **Diferencias con la ACC/AHA: el PAI contraindica el prasugrel en >75 años (ACC/AHA: 5 mg con precaución); tras la fibrinólisis en >75 años con TFG <30, enoxaparina 0.75 mg/kg cada 24 h (ACC/AHA: 1 mg/kg cada 24 h a cualquier edad); y lista el EVC isquémico en los 6 meses previos como absoluto (aunque lo repite entre las relativas; ACC/AHA: absoluto si es en 3 meses).[1,5]**

5 SCASEST: estrategia invasiva y momento[1,2]

La estrategia invasiva rutinaria lleva a todos a coronariografía con intención de revascularizar; la selectiva reserva el cateterismo para quienes tienen datos de alto riesgo en una prueba no invasiva o isquemia recurrente. La rutinaria reduce el infarto recurrente y la isquemia recurrente, sobre todo en los de mayor riesgo, sin reducir la mortalidad global.[1,2]

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025	CLASE
Riesgo intermedio o alto y candidato a revascularización: estrategia invasiva durante la hospitalización	1 A
Bajo riesgo: rutinaria o selectiva, con más estratificación	1 A
Angina refractaria o inestabilidad hemodinámica o eléctrica: estrategia invasiva inmediata	1 C-LD
Alto riesgo: estrategia temprana, en <24 h	2a B-R
Sin alto riesgo y con estrategia invasiva planeada: angiografía antes del alta	2a B-R

«Inmediata» es en las primeras 2 h desde el ingreso; si el hospital no tiene ICP, traslada de inmediato. En el riesgo intermedio o bajo, retrasar el cateterismo a 48–72 h no parece aumentar los eventos.[1]

QUÉ FAVORECE EL CATETERISMO TEMPRANO

En TIMACS (<24 h frente a ≥36 h) y VERDICT (<12 h frente a 48–72 h) no hubo diferencia global en eventos, pero sí una señal de beneficio con GRACE >140. En el metaanálisis, el momento no cambió la mortalidad; favorecieron la estrategia temprana GRACE >140, diabetes, edad >75 años y biomarcadores elevados, con pruebas de interacción no concluyentes.[1]

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DE LA ESTRATEGIA INVASIVA RUTINARIA
Alto riesgo de sangrado con DAP · plaquetas <50 × 10^9/L · ERC avanzada sin diálisis · insuficiencia renal aguda · esperanza de vida <1–2 años · demencia avanzada · anatomía conocida que impide ICP o CRVC · preferencia del paciente

Tabla 15 de la guía ACC/AHA 2025.[1]

Con sospecha de SCA, troponina no elevada o incierta, ECG sin cambios y sin recurrencia del dolor, la ESC sugiere incluir una angiotomografía coronaria o una prueba de isquemia con imagen en el estudio inicial [ESC IIa A].[2]

6 Antiagregantes plaquetarios[1–3,6]

Todo SCA recibe aspirina: carga oral y luego dosis baja diaria [1 A]**, y además un inhibidor oral de P2Y12** [1 A]**, haya o no revascularización. El clopidogrel es el menos potente: requiere activación hepática, tarda más en actuar y su respuesta varía entre pacientes; el ticagrelor y el prasugrel actúan más rápido y protegen más, a cambio de más sangrado.[1,3] El ticagrelor produce disnea transitoria en 10–15 % de los pacientes.[1]**

SITUACIÓN	INHIBIDOR DE P2Y12	CLASE
SCASEST con ICP	**Prasugrel o ticagrelor**	1 B-R
SCASEST sin evaluación invasiva planeada	**Ticagrelor**	1 B-R
SCASEST, prasugrel y ticagrelor no disponibles, no tolerados o contraindicados	**Clopidogrel**	1 B-R
SCASEST con angiografía prevista en >24 h	**Clopidogrel o ticagrelor antes del cateterismo («upstream»)**	2b B-NR
IAMCEST con ICPp	**Prasugrel o ticagrelor; clopidogrel si no están disponibles, no se toleran o están contraindicados**	1 B-R · 1 C-LD
IAMCEST con fibrinólisis	**Clopidogrel, junto con el fibrinolítico**	1 A
ICP sin inhibidor de P2Y12 previo	**Cangrelor IV**	2b B-R
Antecedente de evento vascular cerebral o isquemia cerebral transitoria	**No usar prasugrel: peor resultado clínico neto**	3: daño, B-R

ACC/AHA 2025. La ESC 2023 prefiere el prasugrel sobre el ticagrelor en el SCA que va a ICP [ESC IIa B]**, por el ensayo ISAR-REACT 5, y reserva el clopidogrel para cuando los potentes están contraindicados o no disponibles, el alto riesgo de sangrado (≥1 criterio mayor o ≥2 menores) o algunos pacientes de ≥70 años.[1,2]**

FÁRMACO	CARGA	MANTENIMIENTO
Aspirina	**162–325 mg VO, masticada y sin capa entérica; dala también si ya la tomaba. ESC: 150–300 mg VO o 75–250 mg IV**	**75–100 mg/día**
Clopidogrel	**300 o 600 mg. Con fibrinólisis: 300 mg si ≤75 años; 75 mg sin carga si >75 años**	**75 mg/día**
Prasugrel	**60 mg (SCASEST o IAMCEST sin fibrinólisis que va a ICP)**	**10 mg/día; 5 mg si <60 kg o ≥75 años (con precaución)**
Ticagrelor	**180 mg (sin fibrinólisis)**	**90 mg cada 12 h**
Cangrelor	**Bolo de 30 µg/kg IV**	**4 µg/kg/min durante ≥2 h o lo que dure la ICP**

Tabla 7 de la guía ACC/AHA 2025 y tabla 6 de la ESC 2023. Ninguno requiere ajuste por función renal.[1–3]

FÁRMACO	INICIO DE LA CARGA (50 % DE INHIBICIÓN)	SUSPENDER ANTES DE CIRUGÍA
Aspirina	**Minutos si se mastica sin capa entérica (TxB_2 sérico −50 % en ~5 min con 325 mg de aspirina tamponada masticada, frente a ~12 min deglutida entera[6]); la tabla de la AHA 2026 da 4–6 h sin precisar formulación[3]**	**No se suspende de rutina**
Clopidogrel	**2–6 h; se retrasa si la absorción intestinal se retrasa**	**5 días**
Prasugrel	**30 min**	**7 días**
Ticagrelor	**30 min; reversible**	**3–5 días (AHA 2026: 5)**
Cangrelor	**2 min; efecto de 1–2 h**	**1 h**

Tabla 2 de la declaración AHA 2026 y tabla 8 de la guía ACC/AHA 2025; el dato de la aspirina masticada viene de un estudio en voluntarios sanos.[6] TxB_2, tromboxano B_2. CRVC urgente: suspende el inhibidor de P2Y12 al menos 24 h, idealmente, y operar antes del plazo completo puede ser razonable; reinícialo a las 24–72 h si el riesgo de sangrado lo permite.[1,3]

PRETRATAMIENTO: DÓNDE DIFIEREN LAS GUÍAS

- **ACC/AHA 2025: en el SCASEST con angiografía prevista en >24 h, el pretratamiento con clopidogrel o ticagrelor puede considerarse** [2b B-NR].[1]
- **ESC 2023: no recomienda el pretratamiento rutinario en el SCASEST si se planea cateterismo en <24 h y no se conoce la anatomía** [ESC III A]**; puede considerarse si el cateterismo se retrasará >24 h, si no hay alto riesgo de sangrado** [ESC IIb C]**. En el IAMCEST con ICPp, puede considerarse** [ESC IIb B].[2]
- **En ambas: si el paciente llega a la ICP sin pretratamiento, da la carga en la sala.**[1,2]

INHIBIDORES DE GP IIB/IIIA

- **No de rutina: sin beneficio isquémico y con más sangrado** [3: daño, B-R].[1]
- **En la ICP con trombo abundante, flujo lento o sin reflujo, uno IV o intracoronario es razonable para mejorar el resultado del procedimiento y reducir el tamaño del infarto** [2a C-LD].[1]

CANGRELOR

- **En la ICP sin inhibidor de P2Y12 previo puede considerarse** [2b B-R].[1]
- **Útil cuando la absorción oral está alterada o es imposible, y como puente en quien necesita cirugía poco después de la ICP.**[1–3]
- **Al pasar a ticagrelor, da los 180 mg en cualquier momento de la infusión o al suspenderla (la ESC: durante la ICP); con clopidogrel (600 mg) o prasugrel (60 mg), al suspender la infusión.**[1–3]

7 Anticoagulación parenteral[1,2]

Todo SCA recibe un anticoagulante parenteral, sea cual sea la estrategia, para tratar la aterotrombosis coronaria; se inicia al diagnóstico y se ajusta para apoyar la ICP. La elección depende del acceso vascular, la función renal y los otros antitrombóticos. Si hay trombocitopenia inducida por heparina, el argatrobán y la bivalirudina son alternativas.[1]

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025	CLASE	NOTA
SCASEST: HNF IV	1 B-R	**Opción inicial**
SCASEST sin estrategia invasiva temprana prevista: enoxaparina o fondaparinux	1 B-R	**Alternativas a la HNF**
Revascularización (ICP o CRVC) en la misma hospitalización: continuar el anticoagulante hasta revascularizar	1 C-LD	
ICP en cualquier SCA: HNF IV	1 C-EO	**Meta de TCA 250–300 s**

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025 (CONTINUACIÓN)	CLASE	NOTA
IAMCEST con ICP: bivalirudina como alternativa a la HNF	1 B-R	**Menos mortalidad y sangrado**
SCASEST con ICP: bivalirudina	2b B-R	**Menos sangrado**
Enoxaparina IV durante la ICP como alternativa a la HNF	2b B-R	
Fondaparinux como único anticoagulante en la ICP	3: daño, B-R	**Trombosis del catéter**
Fibrinólisis: anticoagulante durante la hospitalización (máx. 8 días) o hasta revascularizar; enoxaparina si no habrá estrategia invasiva; fondaparinux como alternativa	1 A · 1 A · 1 B-R	

FÁRMACO	TRATAMIENTO INICIAL	PARA LA ICP	CON FIBRINÓLISIS
HNF	**Bolo de 60 UI/kg (máx. 4000 UI) e infusión de 12 UI/kg/h (máx. 1000 UI/h); TTPa 60–80 s**	**Sin anticoagulante previo: 70–100 U/kg; con anticoagulante previo: lo necesario para TCA 250–300 s**	**Igual que el inicial, con TTPa de 50–70 s**
Enoxaparina	**1 mg/kg SC cada 12 h; 1 mg/kg/día si la depuración de creatinina es <30 mL/min**	**Última dosis SC hace 8–12 h, o una sola dosis previa: 0.3 mg/kg IV. Última en <8 h: nada más. Sin anticoagulante previo: 0.5–0.75 mg/kg IV**	**<75 años: 30 mg IV y, a los 15 min, 1 mg/kg SC cada 12 h (máx. 100 mg las 2 primeras). ≥75 años: sin bolo, 0.75 mg/kg cada 12 h (máx. 75 mg las 2 primeras). Depuración <30: 1 mg/kg cada 24 h**
Fondaparinux	**2.5 mg SC al día**	**No usar**	**2.5 mg IV y luego 2.5 mg SC al día desde el día siguiente; contraindicado si la depuración es <30 mL/min**
Bivalirudina	**—**	**0.75 mg/kg en bolo y 1.75 mg/kg/h durante la ICP; tras la ICPp, 1.75 mg/kg/h por 2–4 h. Depuración <30: 1 mg/kg/h**	**—**

Tabla 10 de la guía ACC/AHA 2025. TCA, tiempo de coagulación activado; TTPa, tiempo de tromboplastina parcial activada. La ESC indica la HNF inicial como bolo de 70–100 U/kg; también recomienda la enoxaparina SC durante un mínimo de 2 días y hasta la estabilización.[1,2]

8 En la sala de hemodinamia[1,2]

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025	CLASE
Acceso radial sobre el femoral: menos sangrado, complicaciones vasculares y muerte	1 A
Imagen intracoronaria (ultrasonido intravascular o tomografía de coherencia óptica) para guiar el stent en tronco común o lesiones complejas	1 A
Trombectomía por aspiración manual de rutina antes de la ICPp	3: sin beneficio, A
IAMCEST multivaso, estable: tras la ICP de la culpable, ICP de las no culpables con estenosis significativa para reducir muerte o infarto	1 A
IAMCEST multivaso complejo con no culpables en la descendente anterior o el tronco común: CRVC electiva de esas arterias	2a C-EO

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025 (CONTINUACIÓN)	CLASE
IAMCEST estable, no culpables de baja complejidad: ICP multivaso en el mismo procedimiento en lugar de diferida	2b B-R
SCASEST multivaso: elegir entre CRVC e ICP multivaso según la complejidad y las comorbilidades	1 C-EO
SCASEST multivaso estable, sin lesión del tronco común ni plan de CRVC: ICP de las no culpables significativas, en el mismo procedimiento o diferida	1 B-R
SCASEST: evaluación fisiológica de una no culpable si se considera ICP multivaso	2b B-R
Choque cardiogénico: ICP rutinaria de las no culpables en el procedimiento índice	3: daño, B-R

Estenosis significativa: ≥70 % visual (≥50 % en tronco común). La CRVC puede preferirse en el SCASEST con tronco común y enfermedad compleja, enfermedad multivaso difusa, diabetes con afección de la descendente anterior o disfunción ventricular grave. Si se usa la arteria radial como injerto, coordina el acceso con cirugía.[1] La ESC recomienda completar la revascularización del IAMCEST en el procedimiento índice o en los 45 días siguientes [ESC I A].[2]

9 Choque cardiogénico y otras complicaciones[1,2]

CHOQUE CARDIOGÉNICO: REVASCULARIZACIÓN

- **Revascularización urgente de la culpable por ICP o CRVC, sin importar el tiempo desde el inicio** [1 B-R]**; CRVC de urgencia si la ICP no es factible. Vale también para el IAMSEST de alto riesgo con choque.**[1]
- **Solo la culpable: en CULPRIT-SHOCK, la ICP multivaso aumentó la muerte o la necesidad de terapia de reemplazo renal a 30 días y a 1 año** [3: daño, B-R].[1]
- **Ecocardiograma o ultrasonido torácico urgente para valorar ambos ventrículos, las válvulas y complicaciones mecánicas.**[2]

CHOQUE CARDIOGÉNICO: SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO

- **Bomba microaxial en el IAMCEST con choque grave o refractario seleccionado** [2a B-R]**. En DanGer-SHOCK (360 pacientes; PAS <100 mm Hg o vasopresor, lactato ≥2.5 mmol/L o SvO_2 <55 % y FEVI <45 %, choque de <24 h), redujo la mortalidad a 180 días (HR 0.74; IC 95 % 0.55–0.99; reducción absoluta 12.7 %; NNT 8), con más sangrado, isquemia de la extremidad y terapia de reemplazo renal. Excluyó a los comatosos tras paro y a quienes tenían falla franca del ventrículo derecho.**[1]
- **Candidatos razonables: IAMCEST en estadios SCAI C, D o E, no comatosos y con vasos aptos para un acceso de gran calibre.**[1]
- **BIAC y ECMO-VA de rutina: no, por falta de beneficio en la supervivencia** [3: sin beneficio, B-R].[1]

COMPLICACIONES MECÁNICAS

Comunicación interventricular, insuficiencia mitral por infarto o rotura del músculo papilar y rotura de la pared libre. Suelen dar angina recurrente o un soplo nuevo con IC desproporcionada, choque o muerte súbita en la primera semana. El tratamiento médico solo tiene una mortalidad temprana alta; la cirugía suele ser el tratamiento definitivo.[1]

- **Manejo en un centro con cirugía cardiaca** [1 C-EO].[1]
- **Soporte circulatorio mecánico temporal como puente a la cirugía** [2a B-NR].[1]

ARRITMIAS

- **DAI con FEVI ≤30 % (NYHA I–III), 31–35 % (NYHA II–III) o ≤40 % con TV inducible y supervivencia esperada ≥1 año, ≥40 días después del infarto y ≥90 días después de revascularizar** [1 A]**; razonable con arritmias ventriculares relevantes >48 h y antes de 40 días** [2a C-EO].[1]
- **Marcapasos definitivo si persiste el bloqueo AV de segundo grado Mobitz II, de alto grado, alternante de rama o de tercer grado (persistente o infranodal)** [1 B-NR].[1]
- **Desfibrilador portátil temporal con FEVI ≤35 %: utilidad incierta** [2b B-R].[1]

PERICARDITIS DESPUÉS DEL INFARTO

Rara en la era de la reperfusión (0.1–0.5 %). Diagnóstico: dolor pleurítico y al menos uno de frote, cambios del ECG o derrame nuevo o creciente. La temprana suele ceder con medidas conservadoras y paracetamol. Si persiste, o en la tardía (síndrome de Dressler): aspirina 500–1000 mg cada 6–8 h hasta mejorar y colchicina 0.5–0.6 mg una o dos veces al día por 3 meses (una vez si pesa <70 kg; ajusta en ERC 4–5, insuficiencia hepática grave o con inhibidores de la glucoproteína P o del CYP3A4). Evita esteroides y AINE distintos de la aspirina: pueden aumentar el reinfarto o la rotura.[1]

TROMBO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y ANEMIA

- Trombo del VI: <5–10 % tras el infarto; más riesgo con IAMCEST anterior, FEVI <30 % y reperfusión tardía. Diagnóstico con ecocardiograma; resonancia si persiste la duda. Casi todos ameritan anticoagulación por 3 meses y nueva imagen; un ACOD parece no inferior al antagonista de la vitamina K, con datos limitados. Pondera el sangrado con la DAP.[1]
- Anemia: transfundir hasta Hb ≥10 g/dL puede ser razonable para reducir eventos [2b B-R], según el ensayo MINT.[1]

10 Hospitalización y alta[1–3]

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

- Unidad de cuidados intensivos cardiovasculares si hay angina persistente, inestabilidad hemodinámica, arritmias no controladas, reperfusión subóptima o choque [1 C-EO].[1]
- Telemetría en todo SCA, con duración según el riesgo [1 C-LD]; la ESC pide monitorización del ECG ≥24 h en los de alto riesgo.[1,2]
- Betabloqueador oral en <24 h si no hay contraindicación [1 A]: reduce el reinfarto y las arritmias ventriculares. No lo inicies con IC aguda (Killip II–IV), bajo gasto o riesgo de choque, PR >0.24 s, bloqueo AV de segundo o tercer grado sin marcapasos, bradicardia grave o broncoespasmo activo; revalora a las 24 h.[1]
- IECA o ARA II en el SCA de alto riesgo: FEVI ≤40 %, HTA, diabetes o IAMCEST anterior [1 A]; razonable en los demás [2a A]. Iniciar sacubitril-valsartán en lugar del IECA poco después del infarto parece seguro si ya se planea por IC con FEVI reducida, aunque no fue superior al IECA.[1]
- ARM con FEVI ≤40 % y síntomas de IC o diabetes [1 B-R], sin ERC avanzada ni hiperkalemia.[1]
- Estatina de alta intensidad en todos [1 A]: atorvastatina 40–80 mg o rosuvastatina 20–40 mg. Ezetimiba desde el inicio, junto con la estatina, puede considerarse [2b B-R].[1]
- FEVI antes del alta, para guiar el tratamiento y estratificar [1 C-LD].[1]

EL ALTA (TABLA 21 DE LA ACC/AHA 2025)

- Comunicación verbal y escrita en el idioma del paciente o su cuidador, con decisiones compartidas.[1]
- Evaluación clínica: comorbilidades y factores de riesgo, isquemia residual, riesgo de sangrado, estudios pendientes (ecocardiograma, ICP diferida), vacunas al día.[1]
- Conciliación de medicamentos, con receta de nitroglicerina SL salvo contraindicación.[1]
- Autocuidado: información verbal y escrita y confirmación con el método de «explícamelo de vuelta» (teach-back), también para la adherencia.[1]
- Rehabilitación cardiaca: refiere antes del alta [1 A]; reduce muerte, infarto y reingresos. La RC en casa es una alternativa razonable [2a B-R].[1]
- Barreras: costo y acceso a los medicamentos, y para asistir a la RC; considera programas de apoyo o trabajo social.[1]
- Vacuna anual de influenza [1 A].[1]

La transición del hospital a casa es un periodo vulnerable: en un estudio, el 19.4 % de quienes suspendieron sus antitrombóticos al ingresar por cualquier causa seguía sin ellos a los 90 días, con más muertes y visitas a urgencias a 12 meses.[3]

11 Prevención secundaria[1–3]

DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN LOS PRIMEROS 12 MESES

RECOMENDACIÓN ACC/AHA 2025	CLASE
Sin alto riesgo de sangrado: DAP (aspirina + inhibidor de P2Y12) al menos 12 meses	1 A
Tolera DAP con ticagrelor: pasar a ticagrelor solo ≥1 mes después de la ICP	1 A
Alto riesgo de sangrado gastrointestinal: IBP junto con la DAP, el ACO o ambos	1 A
Desescalar (de ticagrelor o prasugrel a clopidogrel) después de 1 mes de la ICP	2b B-R
Alto riesgo de sangrado: pasar a un solo antiagregante (aspirina o inhibidor de P2Y12) después de 1 mes	2b B-R
Requiere ACO: suspender la aspirina tras 1–4 semanas de triple terapia y seguir con un inhibidor de P2Y12 (de preferencia clopidogrel) + ACO	1 B-R

En pacientes seleccionados que toleraron la DAP, prolongarla más de 1 año puede ser razonable tras ponderar sangrado y trombosis. La monoterapia con clopidogrel iniciada 1–2 meses después de la ICP podría aumentar los eventos frente a una DAP más larga; no se sabe si se debe a la mala respuesta al clopidogrel (30–40 % tras la ICP).[1]

CRITERIOS MAYORES DE ALTO RIESGO DE SANGRADO	CRITERIOS MENORES
ACO a largo plazo	Edad ≥75 años
ERC grave o terminal (TFGe <30)	ERC moderada (TFGe 30–59)
Hb <11 g/dL	Hb 11–12.9 (H) u 11–11.9 g/dL (M)
Sangrado espontáneo con hospitalización o transfusión en 6 meses, o recurrente	Sangrado espontáneo con hospitalización o transfusión en 12 meses
Plaquetas <100 × 10^9/L · diátesis hemorrágica crónica · cirrosis con hipertensión portal	AINE o esteroides orales a largo plazo
Cáncer activo (salvo cáncer de piel no melanoma) en 12 meses · hemorragia intracraneal espontánea previa o traumática en 12 meses · malformación arteriovenosa cerebral · evento vascular cerebral isquémico moderado o grave en 6 meses	Evento vascular cerebral isquémico que no cumple el criterio mayor
Cirugía mayor no diferible durante la DAP · cirugía mayor o traumatismo mayor en los 30 días previos a la ICP	

Criterios del Academic Research Consortium (tabla 22 de la ACC/AHA 2025); alto riesgo con ≥1 mayor o ≥2 menores. Pacientes con stent del tronco común o múltiples capas de stent no suelen ser candidatos a acortar la DAP.[1–3]

ACORTAR LA DAP: LO QUE ADVIERTE LA AHA 2026

- Los ensayos de DAP corta (1–3 meses) muestran no inferioridad en eventos trombóticos y menos sangrado, pero tuvieron menos poder estadístico, eventos más bajos de lo previsto y pacientes de menor riesgo trombótico (1.8–4.5 % anual frente a 9.3–12.1 % en los ensayos originales).[3]
- El menor sangrado suele combinar el mayor y el menor; varios ensayos se hicieron en Asia oriental, con más sangrado por antiagregantes, y pueden no generalizarse.[3]
- Extrapolarlos a pacientes de alto riesgo trombótico es cuestionable: decide con el equipo y con el paciente.[3]
- Ninguna escala debe decidir sola el tratamiento; el genotipo o la función plaquetaria no se piden de rutina, solo en casos seleccionados (alto riesgo isquémico, trombosis recurrente con buena adherencia, sospecha de mala respuesta al clopidogrel).[3]

LÍPIDOS Y OTROS FÁRMACOS

- c-LDL ≥70 mg/dL con estatina a dosis máxima tolerada: agrega un hipolipemiante no estatina [1 A]; con 55–69 mg/dL, es razonable [2a B-R]. Intolerancia a estatinas: no estatina [1 B-R].[1]
- Opciones: ezetimiba (–15 a 25 %), evolocumab o alirocumab (≈–60 %), inclisirán (≈–50 %), ácido bempedoico (≈–20 %).[1]
- Perfil de lípidos a las 4–8 semanas de iniciar o ajustar el tratamiento [1 C-LD].[1]
- Colchicina a dosis baja puede ser razonable [2b B-R]; no con discrasias sanguíneas, depuración <15 mL/min, insuficiencia hepática grave ni con inhibidores de la glucoproteína P o inhibidores potentes del CYP3A4.[1]
- iSGLT2: tras el infarto con disfunción ventricular, ni dapagliflozina ni empagliflozina redujeron el desenlace primario (la empagliflozina redujo las hospitalizaciones por IC); si hay otra indicación, no difieras el inicio. Suspéndelos al menos 3 días antes de una cirugía programada, incluida la CRVC (ertugliflozina, al menos 4), por el riesgo de cetoacidosis.[1]
- arGLP-1: la semaglutida redujo los eventos en obesidad con enfermedad aterosclerótica estable, pero no se ha estudiado poco después del SCA.[1]

ADHERENCIA, COSTO Y CIRUGÍA (AHA 2026)

- La falta de adherencia a los inhibidores de P2Y12 es de 15.1–39.9 %, sobre todo en los primeros 3 meses; suspender la DAP antes de tiempo se asocia con hasta 64 % más eventos cardiacos mayores.[3]
- Si el costo es la barrera, sigue la guía pero considera el precio al elegir; como mínimo, que mantenga la aspirina. El clopidogrel suele ser el más barato.[3]
- Antes del alta: cobertura, costo, farmacia, fechas de citas y un resumen con el plan antitrombótico.[3]
- Cirugía electiva con riesgo de sangrado moderado o alto: idealmente ≥12 meses después de una ICP por SCA. Suspende el inhibidor de P2Y12 5–7 días antes y mantén la aspirina; la suspensión total solo si el sangrado sería catastrófico (intracraneal, raquídea).[3]
- Cirugía urgente: mantén la aspirina y suspende el P2Y12; cangrelor como puente si el riesgo trombótico es alto. Reinicia la DAP a las 24–72 h si la hemostasia es segura.[3]

12 ACC/AHA 2025 frente a ESC 2023[1,2]

TEMA	ACC/AHA 2025	ESC 2023
Reloj de la ICPp	Desde el PCM: ≤90 min, o ≤120 min con traslado	Desde el diagnóstico por ECG: <120 min para preferir ICPp; <60 o <90 min al paso de la guía
Tenecteplasa en ancianos	Dosis por peso; sin ajuste por edad en la tabla	Mitad de la dosis si >75 años [IIa B]
P2Y12 de elección con ICP	Prasugrel o ticagrelor, sin preferencia	Prasugrel sobre ticagrelor [IIa B]
Pretratamiento en SCASEST	Puede considerarse si el cateterismo es en >24 h [2b]	No de rutina si es en <24 h [III A]; puede considerarse si es en >24 h y sin alto riesgo de sangrado [IIb C]
Momento del cateterismo	Riesgo intermedio también con indicación de clase 1 de estrategia invasiva en la hospitalización	Criterios explícitos de muy alto y alto riesgo; selectiva según la sospecha clínica
Acortar la DAP	Ticagrelor solo ≥1 mes [1 A]; desescalar tras 1 mes [2b]	Sin desescalar en los primeros 30 días; acortar tras 3–6 meses sin eventos; un solo antiagregante tras 1 mes si hay alto riesgo de sangrado
Betabloqueador	Oral en <24 h a todos sin contraindicación [1 A]	FEVI ≤40 % [I A]; los demás [IIa B]; IV (de preferencia metoprolol) al llegar a ICPp si PAS >120 y sin IC [IIa A]
c-LDL	Intensificar si ≥70 mg/dL [1] o 55–69 [2a]	Meta <55 mg/dL y reducción ≥50 %
Bomba microaxial	Razonable en IAMCEST con choque seleccionado [2a B-R], tras DanGer-SHOCK	Soporte mecánico a corto plazo puede considerarse [IIb C] (antes de DanGer-SHOCK); BIAC de rutina no [III B]

Se señalan solo las diferencias con impacto práctico. Las recomendaciones de la ESC 2023 son previas a varios ensayos que la guía ACC/AHA 2025 ya incorporó.[1,2]

13 Errores frecuentes y casos[1–3]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Esperar la troponina para decidir la reperfusión de un IAMCEST	Decide con el ECG y la clínica; la fibrinólisis no se retrasa por biomarcadores
Trasladar a ICPp «porque es mejor» aunque tardará >120 min	Calcula el tiempo real; si excede 120 min, los síntomas tienen <12 h y no hay contraindicación: fibrinólisis y traslado inmediato
Fibrinolizar y quedarse esperando «a ver si reperfunde»	Traslada de inmediato: rescate si falla, coronariografía a las 2–24 h si funciona
Dar fibrinólisis por descenso del ST	No hay beneficio y sí daño, salvo IAMCEST posterior verdadero (confirma con V7–V9)
Dar ticagrelor o prasugrel junto con el fibrinolítico	Clopidogrel: 300 mg si ≤75 años, 75 mg sin carga si >75
Enoxaparina en bolo IV de 30 mg a un paciente de 80 años fibrinolizado	≥75 años: sin bolo, 0.75 mg/kg SC cada 12 h (máx. 75 mg las 2 primeras)
Oxígeno a todos	Solo con $SatO_2$ <90 %
Nitroglicerina en un infarto inferior con hipotensión	Sospecha infarto del VD; evítala con PAS <90 o tras inhibidores de la PDE5
ICP de todas las lesiones en el choque cardiogénico	Solo la culpable en el procedimiento índice
Prasugrel a quien tuvo un evento vascular cerebral	Contraindicado con EVC o isquemia cerebral transitoria previos: usa ticagrelor o clopidogrel, pero no ticagrelor si hubo hemorragia intracraneal (clopidogrel)
Triple terapia indefinida en el paciente con fibrilación auricular	Suspende la aspirina a las 1–4 semanas; P2Y12 (clopidogrel) + ACO
Alta sin medir la FEVI ni referir a rehabilitación	Ambas son clase 1; también vacuna de influenza y nitroglicerina SL
Recetar ticagrelor sin preguntar si podrá surtirlo	Valora el costo antes del alta; la peor DAP es la que se abandona

Caso 1 · IAMCEST anterior en un hospital sin hemodinamia

Hombre de 58 años con dolor de 2 h; elevación del ST de V1 a V5. El centro con ICP más cercano está a 3 h de traslado. PA 130/80 mm Hg, sin contraindicaciones, 82 kg. ¿Qué haces?

Respuesta. La ICPp no llegará en 120 min: fibrinólisis [1 A]**, idealmente en <10 min del diagnóstico. Tenecteplasa 45 mg en bolo (80–89 kg), aspirina 162–325 mg masticada, clopidogrel 300 mg y enoxaparina 30 mg IV seguida a los 15 min de 1 mg/kg SC cada 12 h (máx. 100 mg las 2 primeras dosis). Traslado inmediato. Si a los 60–90 min el ST no se resuelve al menos 50 % o persiste el dolor, ICP de rescate; si reperfunde, coronariografía a las 2–24 h.[1,2]**

Caso 2 · Mujer de 79 años con IAMCEST inferior y 4 h de evolución

Sin ICP disponible antes de 120 min. 58 kg, PAS 100 mm Hg, FC 54 lpm. ¿Qué cambia por la edad?

Respuesta. La fibrinólisis sigue indicada. Por peso (58 kg) le tocan 30 mg de tenecteplasa; la ESC sugiere la mitad (15 mg) por ser mayor de 75 años [ESC IIa B]**. Clopidogrel 75 mg sin carga; enoxaparina sin bolo, 0.75 mg/kg SC cada 12 h (máx. 75 mg las 2 primeras), o 1 mg/kg cada 24 h si la depuración de creatinina es <30 mL/min: calcúlala antes de la primera dosis. Busca infarto del VD y evita la nitroglicerina. No inicies betabloqueador con bradicardia y PAS limítrofe; revalora a las 24 h. No le des ticagrelor ni prasugrel junto con el fibrinolítico.[1,2]**

Caso 3 · SCASEST con GRACE 152

Hombre de 70 años con diabetes, dolor en reposo ya resuelto, descenso dinámico del ST y cTn-as en ascenso. Estable. ¿Cuándo lo cateterizas y qué P2Y12 le das?

Respuesta. Es de alto riesgo (IAMSEST, cambios dinámicos, GRACE >140): estrategia invasiva temprana, en <24 h [2a B-R]**. Si el cateterismo será en <24 h, no hace falta pretratar: da la carga de prasugrel o ticagrelor en la sala; si se retrasará más de 24 h, el pretratamiento con clopidogrel o ticagrelor puede considerarse** [2b B-NR]**.**

Anticoagulación con HNF. Si reaparece el dolor o se inestabiliza: cateterismo inmediato.[1,2]

Caso 4 · Fibrilación auricular y stent tras un IAMSEST

Mujer de 72 años con fibrilación auricular, ACOD previo e ICP de la circunfleja. TFGe 48, Hb 11.5 g/dL. ¿Cómo dejas los antitrombóticos?

Respuesta. Tiene alto riesgo de sangrado (ACO a largo plazo es criterio mayor; TFGe 30–59 y Hb 11–11.9 en mujer son menores). Triple terapia breve: suspende la aspirina a las 1–4 semanas y continúa clopidogrel + ACOD [1 B-R]**. Agrega un IBP si tiene riesgo de sangrado gastrointestinal** [1 A]**. Al año, si su riesgo aterotrombótico es bajo, puede considerarse dejar solo el ACOD** [2b B-R, guía de EC crónica]**.**[1,3]

Referencias

1. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2025;151:e771–e862. doi:10.1161/CIR.0000000000001309
2. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J 2023;44:3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
3. Beavers CJ, Dobesh PP, Cushman M, et al. Multidisciplinary approach to antiplatelet management in coronary syndromes: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2026;154 (en prensa). doi:10.1161/CIR.0000000000001478
4. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, et al. 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2021;144:e368–e454. doi:10.1161/CIR.0000000000001029
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Protocolo de Atención Integral de Código Infarto. Actualización. Ciudad de México: IMSS; octubre de 2025.
6. Feldman M, Cryer B. Aspirin absorption rates and platelet inhibition times with 325-mg buffered aspirin tablets (chewed or swallowed intact) and with buffered aspirin solution. Am J Cardiol 1999;84:404–9. doi:10.1016/s0002-9149(99)00324-0 (estudio en voluntarios sanos)

14 Consulta rápida

ACC/AHA 2025, salvo que diga ESC 2023. Confirma dosis con la información del producto y ajusta a la función renal.

Primeros 10 min	**ECG de 12 derivaciones (V7–V9 si hay descenso del ST en V1–V3); repítelo si no es diagnóstico. Aspirina 162–325 mg masticada. cTn-as a 0 y 1–2 h. O_2 solo si $SatO_2$ <90 %. Nitroglicerina SL si PAS ≥90 y sin sospecha de infarto del VD.**
SCACEST	**<12 h: ICPp con PCM → dispositivo ≤90 min (≤120 con traslado). Si no se logra en 120 min: fibrinólisis si no hay contraindicaciones (ver p. 8; bolo <10 min; ESC: ½ dosis de tenecteplasa si >75 años) y traslado inmediato. Falla (resolución del ST: ACC/AHA <50 % en anteriores o <70 % en inferiores; ESC <50 % a los 60–90 min; o dolor o inestabilidad): rescate. Éxito: coronariografía a las 2–24 h. 12–24 h: ICPp razonable.**
SCASEST	**Inestable, angina refractaria, arritmias graves, IC aguda o complicación mecánica: cateterismo inmediato (<2 h). Alto riesgo (IAMSEST, ST-T dinámico, GRACE >140): <24 h. Intermedio: en la hospitalización. Bajo: rutinaria o selectiva.**
Antiagregantes	**ICP: prasugrel carga 60 mg; mantenimiento 10 mg cada 24 h (5 mg si <60 kg o ≥75 años, con precaución). Ticagrelor carga 180 mg; mantenimiento 90 mg cada 12 h. Fibrinólisis: clopidogrel 300 mg (75 mg si >75 años). Sin prasugrel si hubo EVC o isquemia cerebral transitoria; sin ticagrelor si hubo hemorragia intracraneal. GP IIb/IIIa solo de rescate en la sala.**
Anticoagulantes	**HNF, manejo inicial: 60 UI/kg (máx. 4000) + 12 UI/kg/h (máx. 1000 UI/h). HNF durante la ICP sin anticoagulación previa: bolo de 70–100 UI/kg, meta de TCA 250–300 s. Enoxaparina 1 mg/kg cada 12 h (cada 24 h si depuración <30). Con fibrinólisis: enoxaparina 30 mg IV + 1 mg/kg SC (≥75 años: 0.75 mg/kg, sin bolo); esquema completo y ajustes: p. 12. Fondaparinux nunca solo en la ICP.**
Choque	**Revascularización urgente de la culpable, a cualquier hora; no de las no culpables. Bomba microaxial en el IAMCEST seleccionado; sin BIAC ni ECMO-VA de rutina. Complicación mecánica: centro con cirugía cardiaca.**
Alta	**Betabloqueador oral en <24 h si no hay contraindicación; IECA o ARA II (FEVI ≤40 %, HTA, diabetes, IAMCEST anterior); ARM si FEVI ≤40 % con IC o diabetes; estatina de alta intensidad; FEVI; RC; influenza; nitroglicerina SL.**
Primer año	**DAP 12 meses si no hay alto riesgo de sangrado; ticagrelor solo ≥1 mes tras la ICP; IBP si hay riesgo gastrointestinal. Con ACO: aspirina 1–4 semanas, luego clopidogrel + ACO. c-LDL a las 4–8 semanas: agrega no estatina si ≥70 mg/dL (razonable si 55–69). Asegura que pueda surtir y tomar sus antiagregantes.**

Guía relacionada en Medicina en Resumen: «Quinta definición universal del infarto 2026», para los criterios diagnósticos, los tipos de infarto y la interpretación de la troponina.

Material educativo para profesionales de la salud, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes citadas. No sustituye el criterio del médico tratante ni los protocolos de cada hospital.