

Diagnóstico y tratamiento del

DOLOR TORÁCICO AGUDO

En adultos mayores a 18 años

Cartilla de Bolsillo



Índice

- 05** Siglas y abreviaturas
- 07** **Definición de patología - Estratificación del riesgo**
- 08** Escala HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin)
- 09** Escala GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)
- 10** Tabla GRACE Y TIMI Score (Thrombolysis in Myocardial Infarction) Score
- 11** EDACS (Emergency Department Assessment of Chest Pain Score)
- 13** Puntuación de Wells para probabilidad de TEP
Criterios para descartar TEP (PERC rule)
- 14** Escala ADD-RS para el cálculo de la probabilidad pretest en personas con sospecha de síndrome aórtico agudo
- 15** **Sección diagnóstico** Valor de la troponina cardiaca de alta sensibilidad (Tn-cas).
- 16** Algoritmo propuesto por la ESC. Sociedad Europea de Cardiología
- 17** **Sección tratamiento** Elección inicial del inhibidor de P2Y12 en personas con síndrome coronario agudo que no requieren anticoagulante oral
- 18** Consideraciones de dosis para la terapia antiplaquetaria oral en personas con SCA
- 19** Dosificación de la anticoagulación parenteral en el SCA
- 20** Agentes fibrinolíticos específicos de fibrina para SCACEST
- 21** Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento fibrinolítico en SCACEST
- 22** **Sección Remisión**
Índice de severidad de TEP (PESI score)
- 23** Puntaje HESTIA para el tratamiento ambulatorio de la TEP

Siglas y abreviaturas

ACC	American College of Cardiology
ACI	Angiotomografía coronaria invasiva
ACTP	Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea
ACV	Ataque Cerebrovascular
ADAI	Arteria Descendente Anterior Izquierda
ADD-RS	Aortic Dissection Detection Risk Score
AHA	American Heart Association
AINEs	Antinflamatorios No Esteroideos
AIT	Ataque Isquémico Transitorio
ASA	Ácido Acetilsalicílico (Aspirina)
ATCC	Angiotomografía coronaria computarizada
CICr	Depuración de creatinina
CRM	Cirugía de Revascularización Miocárdica
DAPT	Doble antiagregación plaquetaria
EAC	Enfermedad Arterial Coronaria
ECG	Electrocardiograma
ECM	Evento Cardiovascular Mayor
EDACS	Early Diagnosis of Acute Coronary Syndrome (Diagnóstico temprano del síndrome coronario agudo)
ESC	Sociedad Europea de Cardiología
FEVI	Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo
GD	Grupo desarrollador
GPC	Guía de Práctica Clínica

GRACE	Global Registry of Acute Coronary Events
HEART	History, ECG, Age, Risk factors, Troponin (Historia, ECG, Edad, Factores de riesgo, Troponina)
HESTIA	Criterios de selección para tratamiento ambulatorio en TEP
HNF	Heparina No Fraccionada
ICP	Intervención Coronaria Percutánea
ICPP	Intervención Coronaria Percutánea Primaria
LCx	Arteria Circunfleja izquierda
LDLc	Lipoproteína de baja densidad colesterol (colesterol LDL)
MACE	Major Adverse Cardiovascular Events (Eventos cardiovasculares adversos mayores)
PERC	Pulmonary Embolism Rule-out Criteria
PESI	Pulmonary Embolism Severity Index
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SCACEST	Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST
SCASEST	Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TIMI	Thrombolysis in Myocardial Infarction
Tn-cas	Troponina cardíaca de alta sensibilidad
TnT-as	Troponina T de alta sensibilidad
TTPa	Tiempo de Tromboplastina Parcial Activado
TVP	Trombosis venosa profunda
UEF	Unidades Equivalentes de Fibrinógeno

01

Definición de patología

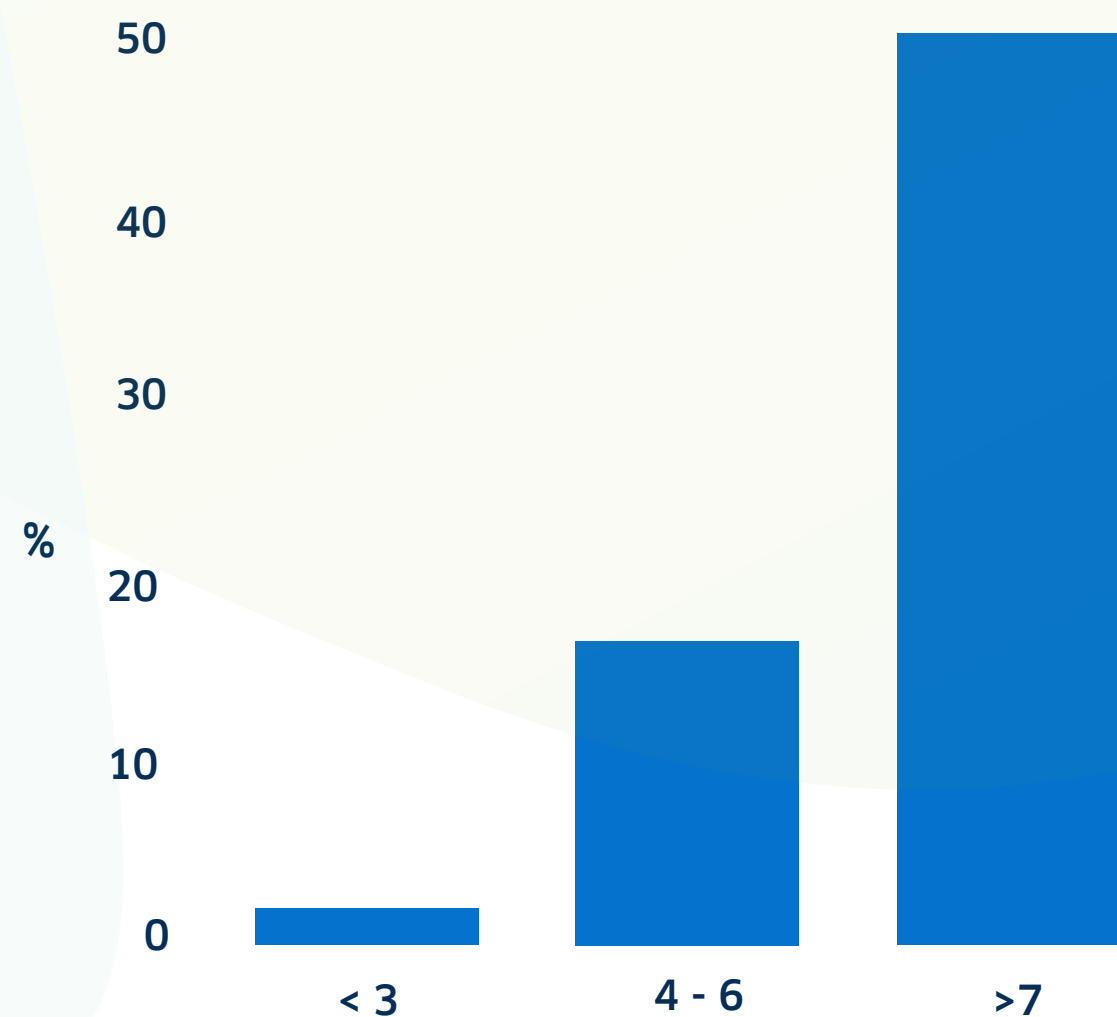
Las guías de la Asociación Americana del Corazón y el Colegio Americano de Cardiología definen el dolor torácico como una sensación dolorosa, generalmente de tipo presión, opresión o malestar, que se ubica en el pecho y puede irradiarse a brazos, cuello, mandíbula o espalda. Esta molestia puede originarse en cualquier estructura dentro del tórax y presenta variaciones en intensidad y características que determinan el diagnóstico específico en cada caso. Anteriormente, el dolor torácico era clasificado como típico y atípico, llevando a dificultades en el diagnóstico etiológico y considerándolo posiblemente de etiología benigna. Desde la actualización del Colegio Americano de Cardiología en el 2021, se propone clasificar al dolor torácico, como cardíaco, posiblemente cardíaco y no cardíaco.

02

Estratificación del riesgo Interpretación Escala HEART

MACE A LAS 6 SEMANAS

Puntaje HEART



Escala HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin)

Puntaje HEART	Descripción	Puntaje
Historia	Muy sospechoso	2
	Moderadamente sospechoso	1
	Ligeramente o no sospechoso	0
ECG	Depresión significativa del ST	2
	Alteración inespecífica de la repolarización	1
	Normal	0
Edad	≥ 65 años	2
	45 a < 65 años	1
	< 45 años	0
Factores de riesgo	≥ 3 o antecedentes de enfermedad aterosclerótica	2
	1 o 2	1
	Sin factores de riesgo conocidos	0
Troponina	≥ 3x el límite superior	2
	1x - 3x el límite superior	1
	≤ el límite superior	0
Bajo riesgo	Puntaje HEART ≤ 3	

Tomado y traducido de: Zeymer et al. Acute Cardiovascular Care Association position statement for the diagnosis and treatment of patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock: A document of the Acute Cardiovascular Care Association of the European Society of Cardiology. 2020 (22)

Escala GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)

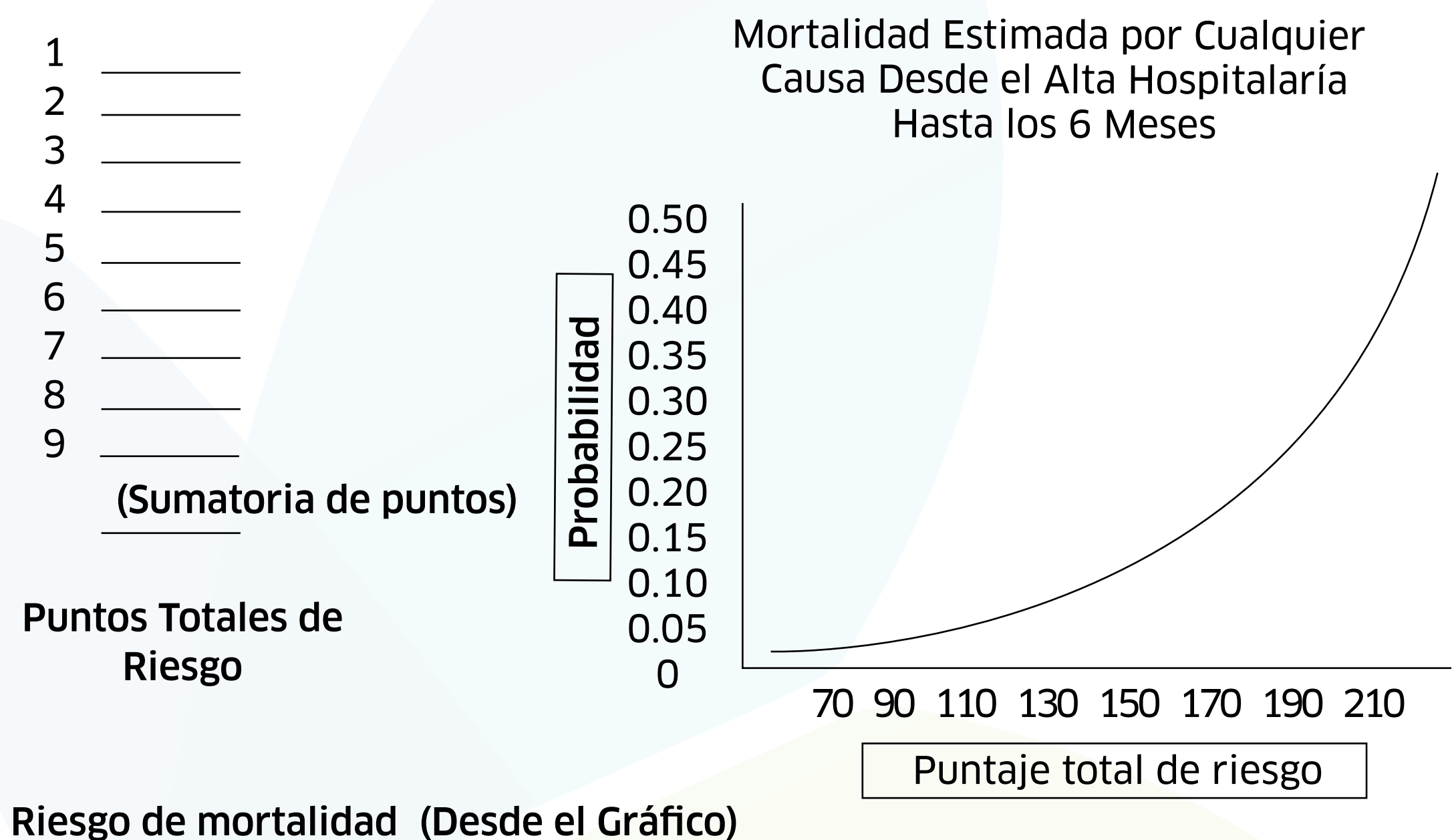
Calculadora de Riesgo de Mortalidad a 6 Meses Después del Alta Hospitalaria por Síndrome Coronario Agudo

Historial médico		Hallazgos en la Presentación Inicial en el Hospital		Hallazgos Durante la Hospitalización	
(1) Edad en Años	Puntos	(4) Frecuencia Cardíaca en Reposo (latidos/min)	Puntos	(7) Creatinina Sérica Inicial (mg/dL)	Puntos
≤ 29	0	≤ 49,9	0	0-0.39	1
30-39	0	50-69,9	3	0.4 - 0.79	3
40-49	18	70-89,9	9	0.8-1.19	5
50-59	36	90-109,9	14	1.2 - 1.59	7
60-69	55	110-149,9	23	1.6 - 1.99	9
70-79	73	150-199,9	35	2-3.99	15
80-89	91	≥ 200	43	≥ 4	20
≥ 90	100				
(2) Historial de Insuficiencia Cardíaca Congestiva	24	(5) Presión Arterial Sistólica (mm Hg)	Puntos	(8) Enzimas Cardíacas Elevadas	15
		≤ 79,9	24		
		80-99,9	22		
(3) Historial de Infarto de Miocardio	12	100-119.9	18	(9) Sin Intervención Coronaria Percutánea Durante la Hospitalización	14
		120-139.9	14		
		140-159.9	10		
		160-199.9	4		
		≥ 200	0		
		(6) Depresión del Segmento ST	11		

CÁLCULO DE RIESGO ESCALA GRACE VER PÁGINA 11

Interpretación escala GRACE

Cálculo de Riesgo



Riesgo de mortalidad (Desde el Gráfico)

Tomado y traducido de: Eagle et al. A Validated Prediction Model for All Forms of Acute Coronary Syndrome: Estimating the Risk of 6-Month Postdischarge Death in an International Registry. 2004 (25).

TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) Score

$$\text{Índice TIMI} = \frac{\text{Frecuencia cardíaca (lpm)} \times \text{Edad (años)}}{\text{Presión arterial sistólica (mmHg)}}$$

Índice TIMI	Riesgo de Muerte Hospitalaria (%)
< 10	Bajo riesgo (≤ 2%)
10 - 17.9	Riesgo intermedio (2-5%)
18 - 26.9	Riesgo alto (5-10%)
≥ 27	Riesgo muy alto (> 10%)

Tomado y traducido de: Wiviott et al. Application of the Thrombolysis in Myocardial Infarction risk index in non-ST-segment elevation myocardial infarction: evaluation of patients in the National Registry of Myocardial Infarction. 2006 (26)

EDACS (Emergency Department Assessment of Chest Pain Score)

Características clínicas	Puntaje
Edad (Por favor, seleccione una única respuesta)	
18-45	+2
46-50	+4
51-55	+6
56-60	+8
61-65	+10
66-70	+12
71-75	+14
76-80	+16
81-85	+18
86+	+20
Sexo masculino (Marque si es verdadero)	+6
Edad de 18-50 años y cualquiera de las siguientes: (i) Enfermedad coronaria conocida o (ii) ≥ 3 factores de riesgo	+4
Síntomas y signos (Marque si están presentes)	
Diaforesis	+3
Irradiación del dolor al brazo u hombro	+5
Dolor ocurrido o agravado con la inspiración	-4
Dolor reproducido por palpación	-6
Total EDACS (Sume todas las cifras marcadas y escríbalo a la derecha)	

Interpretación escala EDACS (Emergency Department Assessment of Chest Pain Score)

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO ACELERADO DE EDACS (EDACS-ADP)	
Criterios de bajo riesgo*	(i) EDACS <16 (ii) Sin isquemia nueva en el ECG (iii) Troponina 0 h y 2 h negativa
Recomendación:	Persona segura para el alta con seguimiento ambulatorio temprano (o proceder a pruebas hospitalarias más tempranas)
Criterios de no bajo riesgo	(i) EDACS ≥16 (ii) Isquemia nueva en el ECG (iii) Troponina positiva en 0 h o 2 h† (ver nota al pie)
Recomendación:	Proceder con la atención habitual con mayor observación y troponina diferida.
<p>La enfermedad arterial coronaria (EAC) se define como infarto agudo de miocardio previo, injerto de derivación arteria coronaria o intervención percutánea. Los factores de riesgo incluyen: antecedentes familiares de EAC prematura, dislipidemia, diabetes, hipertensión, tabaquismo actual. † La troponina en 2 h solo es requerida si otros parámetros indican bajo riesgo.</p> <p>Punto de seguridad: Personas con una presentación inestable (signos vitales anormales o dolor continuo o en patrón de crescendo) no deben ser considerados para el protocolo de bajo riesgo.</p>	

Tomado y traducido de: Than et al. Development and validation of the emergency department assessment of chest pain score and 2h accelerated diagnostic protocol. 2014(28)

Puntuación de Wells para probabilidad de TEP

Criterios	Puntos
No hay ningún diagnóstico alternativo que explique mejor la enfermedad	3
Taquicardia con pulso > 100	1,5
Inmovilización (>= 3 días) u operación quirúrgica en las cuatro semanas anteriores	1,5
Antecedentes de TVP (trombosis venosa profunda) o TEP	1,5
Presencia de hemoptisis	1
Presencia de cáncer	1

Tomado y traducido de: Wells et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: Increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. 2000(29).

Criterios para descartar TEP (PERC rule)

Criterios para descartar TEP (PERC)
Edad <50 años
Frecuencia cardíaca <100 lpm
Saturación de oxihemoglobina ≥95%
Sin hemoptisis
Sin uso de estrógenos
Sin antecedentes de TVP o EP
Sin hinchazón unilateral de la pierna
No ha habido ninguna cirugía/trauma que haya requerido hospitalización en las cuatro semanas anteriores.
TVP: trombosis venosa profunda; EP: TEP; lpm: latidos por minuto.
* Esta regla solo es válida en personas con una probabilidad clínica baja de EP (estimación Gestalt <15 por ciento). En personas con una probabilidad baja de EP que cumplen los ocho criterios, la probabilidad de EP es baja y no se requieren más pruebas. En todas las demás personas se debe considerar la posibilidad de realizar más pruebas con dímero D sensible o imágenes.

Tomado y traducido de: Kline et al. Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. 2008 (30).

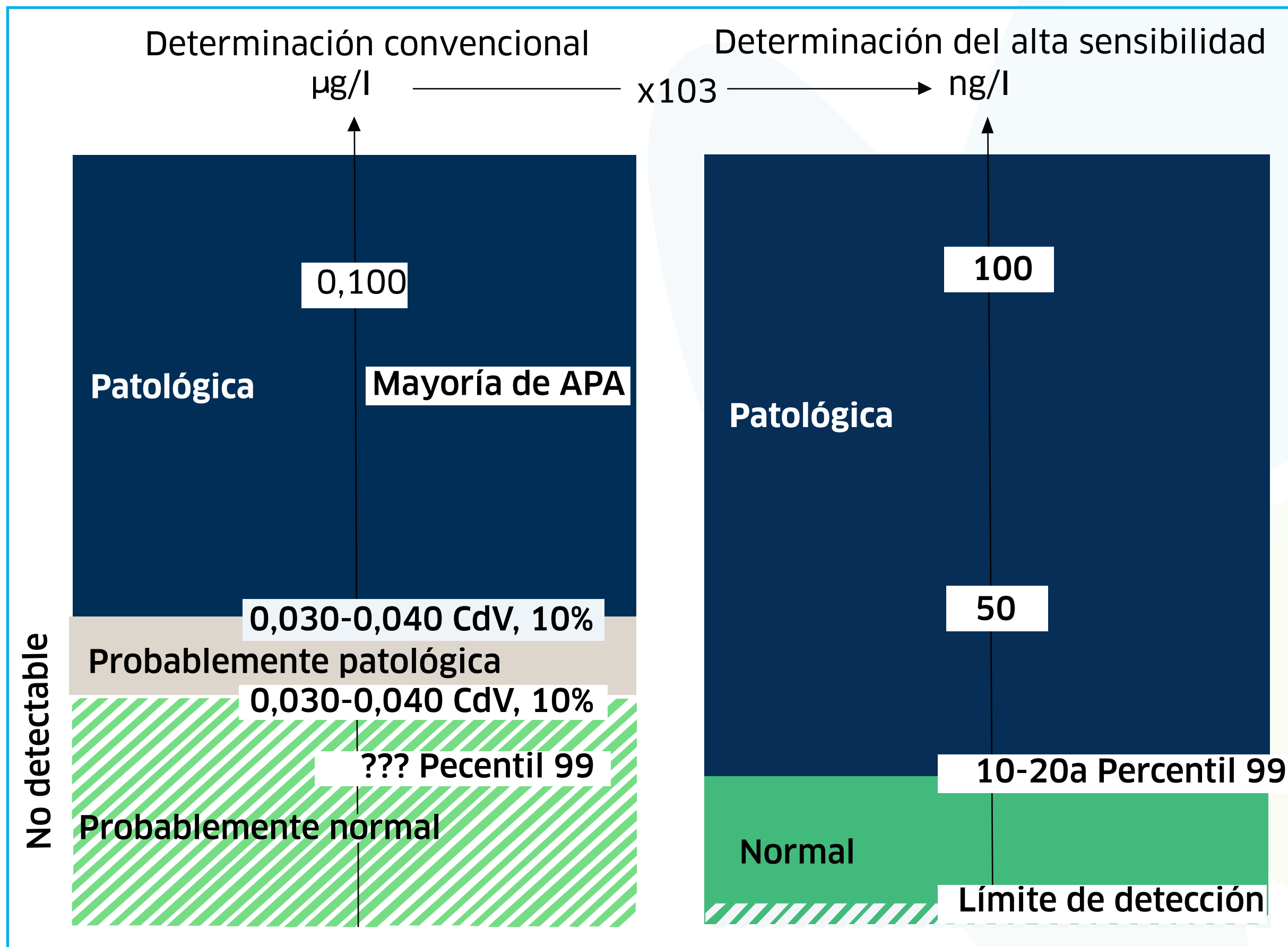
Escala ADD-RS para el cálculo de la probabilidad pretest en personas con sospecha de síndrome aórtico agudo

Hallazgo	Puntos
Cualquier condición de alto riesgo	
Síndrome de Marfan	1 punto
Antecedentes familiares de enfermedad aórtica	1 punto
Enfermedad valvular aórtica conocida	1 punto
Manipulación aórtica reciente	1 punto
Aneurisma aórtico torácico conocido	1 punto
Cualquier característica de dolor de alto riesgo	
Dolor en el pecho, espalda o abdomen descrito como alguno de los siguientes:	1 punto
- Inicio abrupto	
- Intensidad severa	
- Sensación de desgarrar o desgarramiento	
Cualquier hallazgo de examen físico de alto riesgo	
Evidencia de déficit de perfusión (déficit de pulso, diferencia en la presión arterial sistólica, o déficit neurológico focal en conjunto con el dolor)	1 punto
Nuevo soplo de insuficiencia aórtica (con dolor)	1 punto
Hipotensión o estado de shock	1 punto
Recomendación	ADD-RS
Considerar realizar directamente una angiotomografía (CTA) u otra imagen diagnóstica concluyente.	>1
Realizar prueba de dímero D. Si el dímero D (UEF (Unidades Equivalentes de Fibrinógeno)) es <500 ng/mL, considerar detener el estudio de disección. Si el dímero D (UEF) es ≥500 ng/mL, considerar realizar CTA.	≤1

Tomado y traducido de: Nazerian et al. Diagnostic accuracy of the aortic dissection detection risk score plus D-dimer for acute aortic syndromes the ADVISED prospective multicenter study. 2018(31) , Rogers et al. Sensitivity of the aortic dissection detection risk score, a novel guideline-based tool for identification of acute aortic dissection at initial presentation: Results from the international registry of acute aortic dissection. 2011(32)

03 SECCIÓN DIAGNÓSTICO

Valor de la troponina cardiaca de alta sensibilidad (Tn-cas).



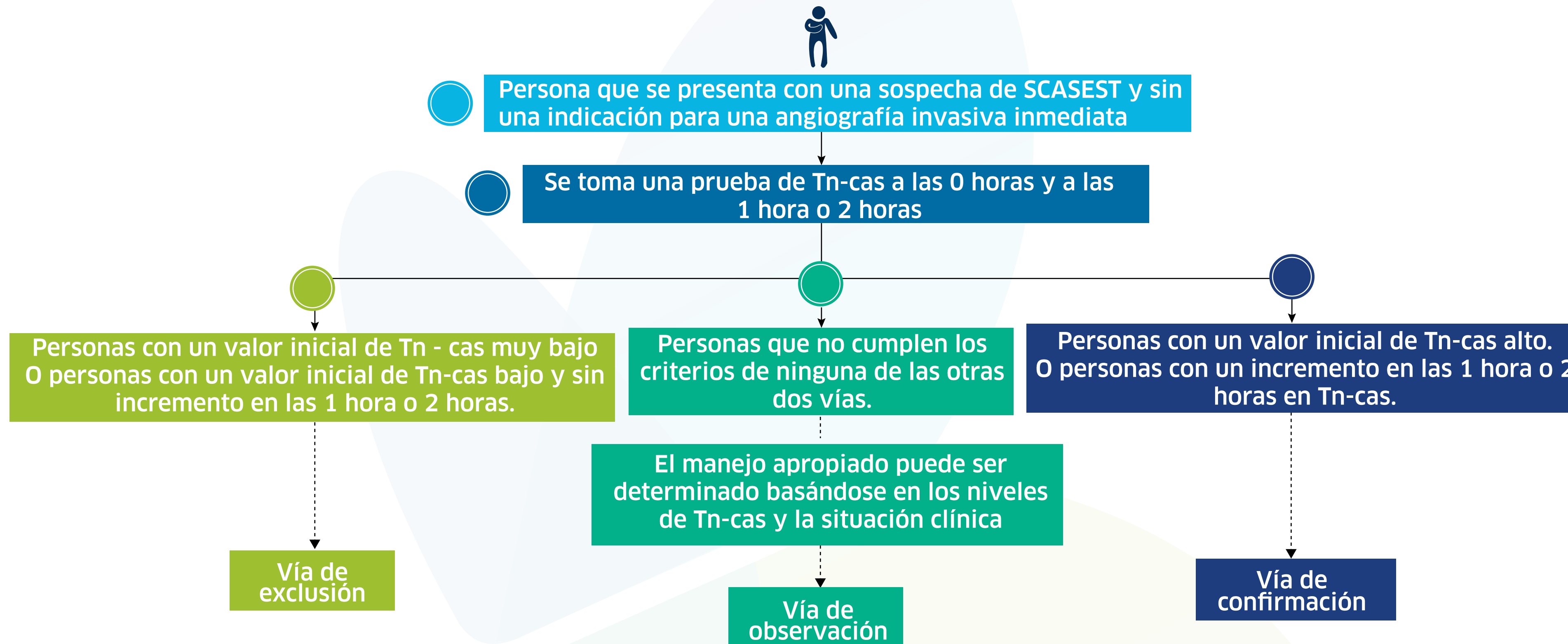
La determinación de Tn-cas (derecha) se informa en ng/l y proporciona información idéntica a la determinación convencional (izquierda, en mg/l) siempre que la concentración sea sustancialmente elevada, por ejemplo, concentraciones > 100 ng/l. Sin embargo, únicamente la Tn-cas permite diferenciar con precisión un aumento «normal» de otro «leve». Por ello, la Tn-cas puede identificar un porcentaje relevante de personas con concentraciones de troponina cardiaca que previamente no se detectaban con las determinaciones convencionales y que tienen concentraciones de Tn-cas superiores al percentil 99 probablemente relacionadas con el IAM: desconocido debido a la incapacidad de la prueba de medir en el intervalo de normalidad (19); APA: análisis en el punto de atención medica; CdV: coeficiente de variación; Tn-cas: troponina cardiaca de alta sensibilidad; IAM: infarto agudo de miocardio (19). a El límite de detección varía entre 1 y 5 ng/l en distintos test de Tn-cas. Igualmente, el percentil 99 también varía dependiendo del tipo de prueba de Tn-cas, fundamentalmente entre 10 y 20 ng/l.



© ESC 2020

Tomado y traducido de: Collet JP et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. 2020 (19).

Algoritmo propuesto por la ESC. Sociedad Europea de Cardiología



Traducido y modificado de: Byrne RA et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes 2023(7)

Algoritmos de exclusión y confirmación a las 0 h/1 h o 0 h/2 h que utilizan ensayos de troponina cardíaca de alta sensibilidad en personas que acuden al departamento de emergencias con sospecha de SCASEST y sin indicación de angiografía invasiva inmediata. Personas con infarto de miocardio sin elevación del ST (SCASEST) sospechoso y sin indicación para una angiografía invasiva inmediata. Se clasifican en una de las tres vías según los resultados de sus valores de troponina cardíaca de alta sensibilidad (Tn-cas) a las 0 h (momento de la prueba sanguínea inicial) y 1 hora o 2 horas después. Las personas con un valor inicial de Tn-cas muy bajo o las personas con un valor inicial bajo y sin cambio a las 1 h/2 h en Tn-cas se asignan a la vía de “exclusión”. Las personas con un valor inicial de Tn-cas alto o un cambio a las 1 h/2 h en Tn-cas se asignan a la vía de “confirmación”. Las personas que no cumplen los criterios para las estrategias de exclusión o confirmación se asignan a la vía de “observación”, y estas personas deben tener los niveles de Tn-cas controlados a las 3 h ± ecocardiografía para decidir sobre el manejo posterior. Los puntos de corte son específicos para cada ensayo y se derivan para cumplir con criterios predefinidos de sensibilidad y especificidad para el SCASEST. Solo aplicable si el inicio del dolor torácico fue > 3 h antes de la medición de Tn-cas a las 0 h.

04 SECCIÓN TRATAMIENTO

Elección inicial del inhibidor de P2Y12 en personas con síndrome coronario agudo que no requieren anticoagulante oral

ICP (SCASEST o SCACEST)	Revascularización miocárdica quirúrgica	Sin planeación de estrategia invasiva	Fibrinólisis en SCACEST
Aspirina + ticagrelor o prasugrel (Clase 1)	Aspirina + ticagrelor o clopidogrel (Clase 1)	Aspirina + ticagrelor (Clase 1)	Aspirina + clopidogrel (Clase 1)
Clopidogrel cuando ticagrelor o prasugrel no están disponibles, intolerancia o contraindicación	Continuar aspirina durante RVM e iniciar iP2Y12 cuando haya seguridad post operatoria	Clopidogrel cuando ticagrelor no está disponible, intolerancia o contraindicación	iP2Y12 puede cambiar posterior a ICP (si es aplicable)

SCA: síndromes coronarios agudos; ASA: aspirina; CRM: Cirugía de Revascularización Miocárdica; SCASEST: SCA sin elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea; y SCACEST: infarto de miocardio con elevación del segmento ST. Adaptado y traducido de: Rao S V 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. 2025 (43).

Consideraciones de dosis para la terapia antiplaquetaria oral en personas con SCA

Fármaco	Escenario clínico	Consideraciones de dosificación
Aspirina	SCASEST o SCACEST	Dosis de carga: 162–325 mg por vía oral. La aspirina (no recubierta entérica) debe masticarse, si es posible, para lograr un inicio más rápido de la acción antiplaquetaria. Se debe administrar una dosis de carga incluso si la persona ya recibe aspirina.
		Dosis de mantenimiento: 75–100 mg por vía oral diariamente (no recubierta entérica).
Clopidogrel	SCASEST o SCACEST sin fibrinolíticos	Dosis de carga: 300 o 600 mg por vía oral Dosis de mantenimiento: 75 mg por vía oral diariamente
	SCACEST con fibrinolíticos	Dosis de carga: 300 mg por vía oral si edad ≤75 años
		Dosis inicial: 75 mg por vía oral si edad >75 años Dosis de mantenimiento: 75 mg por vía oral diariamente
Prasugrel	SCASEST o SCACEST sin fibrinolíticos y con intervención coronaria percutánea (ICP)	Dosis de carga: 60 mg por vía oral
		Dosis de mantenimiento: 10 mg por vía oral diariamente si peso ≥60 kg y edad <75 años
		5 mg por vía oral diariamente si peso <60 kg o edad ≥75 años (usar con precaución)
Ticagrelor	SCASEST o SCACEST sin fibrinolíticos	Dosis de carga: 180 mg por vía oral
		Dosis de mantenimiento: 90 mg por vía oral dos veces al día

SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea; y SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Adaptado y traducido de: Rao S V 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. 2025 (43).

Dosificación de la anticoagulación parenteral en el SCA

Medicamento	Dosificación
HNF (heparina no fraccionada)	Terapia inicial: Dosis de carga 60 UI/kg (máx. 4000 UI), con infusión inicial de 12 UI/kg por hora (máx. 1000 UI/h) ajustada para alcanzar un TTPa (Tiempo de Tromboplastina parcial activado) terapéutico de 60-80 s.
	Para apoyar ICP: En personas con terapia anticoagulante previa, administrar HNF adicional según se necesite para lograr ACT de 250-300 s. En personas sin anticoagulante
	Con terapia fibrinolítica: Dosis de carga de 60 UI/kg (máx. 4000 UI) con infusión de 12 UI/kg por hora (máx. 1000 UI/h) ajustada a TTPa terapéutico.
Bivalirudina	Para apoyar ICP: 0.75 mg/kg en bolo, seguido de infusión IV de 1.75 mg/kg/h durante
	Infusión post-ICP para ICPP: 1.75 mg/kg/h por 2-4 h post-ICP.
	En personas con ClCr (Depuración de creatinina) <30 mL/min, reducir infusión a 1 mg/kg/h.
Enoxaparina	Terapia inicial: 1 mg/kg subcutáneo cada 12 h. Reducir a 1 mg/kg al día si ClCr <30 mL/min.
	Para apoyar ICP: Para tratamiento previo con enoxaparina, si la última dosis subcutánea fue administrada 8-12 h antes o si solo se administró una dosis, dar enoxaparina IV de 0.3 mg/kg. Si la última dosis fue dentro de 8 h, no se necesita dosis adicional.
	En personas sin terapia anticoagulante previa, 0.5-0.75 mg/kg en bolo IV.
	Con terapia fibrinolítica: Si edad <75, 30 mg IV en bolo seguido de 1 mg/kg SC cada 12 h (máx. 100 mg para las primeras 2 dosis).

Continuación de Dosificación de la anticoagulación parenteral en el SCA

Fondaparinux	Si edad ≥75, 0.75 mg/kg SC cada 12 h (sin bolo IV ni dosis de carga; máx. 75 mg para las 2 primeras dosis). Si ClCr <30 mL/min: 1 mg/kg SC cada 24 h.
	Terapia inicial: 2.5 mg SC diariamente.
	Con terapia fibrinolítica: 2.5 mg IV, luego 2.5 mg SC diariamente desde el día siguiente. Contraindicado si ClCr <30 mL/min.
	No debe usarse para apoyar ICP por riesgo de trombosis del catéter.

SCA indica síndromes coronarios agudos; TCA, tiempo de coagulación activado; TTPa, tiempo de tromboplastina parcial activado; CrCl, depuración de creatinina; ICP, intervención coronaria percutánea; ICPP, intervención coronaria percutánea primaria; y HNF, heparina no fraccionada.

Adaptado y traducido de: Rao S V 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. 2025 (43).

Agentes fibrinolíticos específicos de fibrina para SCACEST

Agente fibrinolítico	Dosis
Tenecteplase (TNK-tPA)	Bolo intravenoso único basado en peso*
Retepasa (rPA)	Dos bolos IV de 10 unidades administrados con 30 minutos de diferencia (administrados en 2 min)
Alteplasa (tPA)	Infusión intravenosa de 90 minutos basada en el peso†

*30 mg para peso <60 kg; 35 mg para 60-69 kg; 40 mg para 70-79 kg; 45 mg para 80-89 kg; y 50 mg para ≥90 kg.

†Adultos ≥67 kg: dosis total de 100 mg administrada como bolo IV de 15 mg, seguido de infusión de 50 mg en 30 min, y luego 35 mg en 60 min.
Adultos <67 kg: bolo IV de 15 mg, seguido de 0,75 mg/kg IV (máx. 50 mg) en 30 min, y luego 0,5 mg/kg IV (máx. 35 mg) en 60 min.

Adaptado y traducido de: Rao S V 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. 2025 (43).

Contraindicaciones absolutas y relativas del tratamiento fibrinolítico en SCACEST

Contraindicaciones absolutas

Cualquier antecedente de hemorragia intracraneal (HIC)
Lesión estructural vascular cerebral conocida (por ejemplo, malformación arteriovenosa)
Neoplasia intracraneal maligna conocida (primaria o metastásica)
Accidente cerebrovascular isquémico en los últimos 3 meses, excepto si es un ACV isquémico agudo*
Sospecha de disección aórtica
Sangrado activo o diátesis hemorrágica (excluyendo menstruación)
Trauma craneofacial cerrado significativo en los últimos 3 meses
Cirugía intracraneal o intramedular en los últimos 2 meses
Hipertensión severa no controlada (no responde a tratamiento) (PAS >180 mmHg o PAD >110 mmHg)

Contraindicaciones relativas

Historia de hipertensión crónica severa y mal controlada
Hipertensión significativa al momento de presentación (PAS >180 mmHg o PAD >110 mmHg)
Antecedente de ACV isquémico previo >3 meses
Demencia
Patología intracraneal conocida no incluida en las contraindicaciones absolutas
RCP traumática o prolongada (>10 minutos)
Cirugía mayor reciente (< 3 semanas)
Sangrado interno reciente (entre 2 y 4 semanas)
Punciones vasculares no compresibles
Embarazo
Úlcera péptica activa
Terapia anticoagulante oral

*Considerado si el ACV isquémico ocurrió dentro de las 4.5 horas del inicio de síntomas. PAS: Presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; HIC: hemorragia intracraneal; RCP: reanimación cardiopulmonar.

Adaptado y traducido de: Rao S V 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. 2025 (43).

05

SECCIÓN REMISIÓN

Índice de severidad de TEP (PESI score)

Índice de Gravedad de TEP (PESI)

Características	Puntos Asignados	Puntaje de la persona
Edad	Puntaje en años	
Masculino	10	
Presencia de cáncer	30	
Insuficiencia cardíaca	10	
EPOC	10	
Frecuencia cardíaca >109 lpm	20	
Presión arterial sistólica <100 mmHg	30	
Frecuencia respiratoria >30/min	20	
Saturación de oxígeno en aire ambiente (%) <90%	20	
Temperatura (Celsius) <36°C (usar termómetro de mercurio)	20	
Alteración del estado mental (desorientación, letargo, estupor, coma)	60	

PUNTAJE DE LA PERSONA



Continuación Índice de severidad de TEP (PESI score)

Índice de Gravedad: Predicción de Mortalidad a 30 Días		
Clase de Riesgo	Puntaje PESI	Mortalidad Estimada
Clase I	PESI < 66	0.8%
Clase II	PESI 66 - 85	2.5%
Clase III	PESI 86 - 105	4.3%
Clase IV	PESI 106 - 125	9.9%
Clase V	PESI >125	27.1%

Nota: Todos los sistemas de puntuación, incluido el PESI, han sido desarrollados a partir de bases de datos de personas con TEP que han recibido tratamiento. Este índice no predice el riesgo de muerte en ausencia de tratamiento.

Firma del clínico responsable: _____

Fecha y hora (formato 24h): _____

Tomado y traducido de: Aujesky et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism., 2005(46)

Puntaje HESTIA para el tratamiento ambulatorio de la TEP

Criterios de Hestia	Sí	No
¿La persona está hemodinámicamente inestable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es necesaria la trombólisis o la embolectomía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Presenta sangrado activo o alto riesgo de sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Requiere más de 24 horas de oxígeno para mantener una saturación > 90%?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El TEP fue diagnosticado durante el tratamiento anticoagulante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor severo que requiere medicación intravenosa por más de 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen razones médicas o sociales para requerir hospitalización por más de 24 horas? (Infección, malignidad, falta de soporte social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona tiene un aclaramiento de creatinina menor a 30 mL/min?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona tiene insuficiencia hepática grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La persona tiene antecedentes documentados de trombocitopenia inducida por heparina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomado y traducido de: Zondag et al. Outpatient treatment in patients with acute pulmonary embolism: the Hestia Study. 2011(47)



IGECK Instituto Global para la Excelencia
en el Cuidado de la Salud Keralty



OpenScience



Esta cartilla se basa en los documentos:

Instituto Global para la Excelencia en el Cuidado de la salud Keralty. Centro de Evidencia e Investigación para las Decisiones en Salud - CEIDS - Clínicas Colsanitas. Keralty. Diagnóstico y tratamiento del dolor torácico agudo en adultos mayores de 18 años: Protocolo Clínico. Versión 1. agosto 2025

Cartilla de Bolsillo