

Universidad del sureste

Escuela de medicina humana

Angina inestable

FARMACOLOGIA II

Dr.: RODRIGO PACHECO BALLINAS

Por:

Diego Armando Hernández Gómez

Romina Coronado Arguello

Adolfo Brayan Medellín Guillen

4 semestre grupo B

Comitán de Domínguez, Chiapas, México

ANGINA INESTABLE

Varón de 64 años refiere dolor centrotorácico opresivo irradiado a ESI con disnea asociada de dos horas de evolución, de inicio en reposo.

Antecedentes personales: Exfumador. HTA en tto con Valsartán 160 mg, Hidroclorotiazida 25 mg y Nifedipino 30 mg /día.

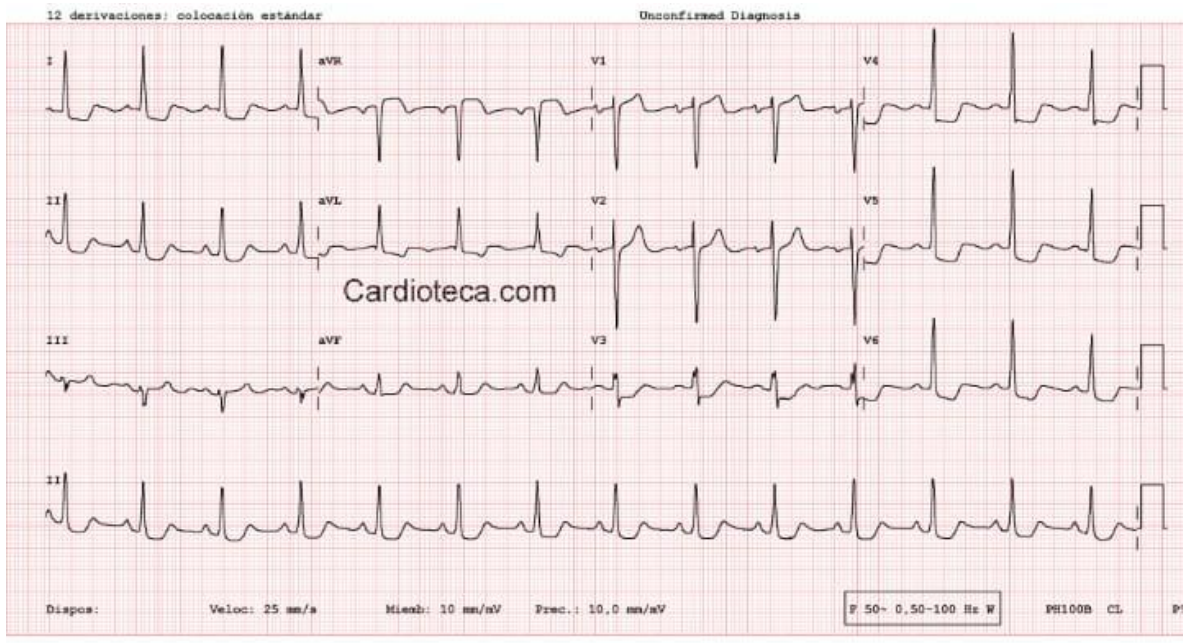
Exploración general: PA 187/90 mmHg. Fc 62 lpm. SO₂ 94%. Buen estado general, Consciente y orientado, bien hidratado y perfundido, Normocoloración cutaneo-mucosa. Eupneico en reposo. No IY. AC: rítmica sin soplos. AP: normal. Abdomen y EEII anodino.

Pruebas complementarias:

Análítica sin alteraciones (Troponina T, CK y CK-MB normales).

Rx Tórax: no cardiomegalia ni signos de fallo cardiaco.

ECG: ritmo sinusal a 57 x', HVI según criterios de Sokolov, Descenso generalizado de ST (anterolateral e inferior) con elevación de ST en aVR.



Diagnóstico probable: angina inestable

Tratamiento en Urgencias:

- AAS 300 mg oral.
- 2 Puffs s.l. de SOLINITRINA -> su dolor se alivia pero curiosamente el descenso de ST en el ECG se hace más llamativo. Se inicia perfusión de SLN a dosis bajas.
- Clopidogrel 300 mg oral. (DOBLE ANTIAGREGACIÓN)
- Tras valorar la escala de GRACE anticoagulación con -Enoxaparina 80 mg (1 mg/Kg) S.C.
- Se traslada en ambulancia medicalizada a UCI de H U Donostia.

* Evolución: tras mejoría parcial vuelve a presentar episodios de angina acompañados de sudoración profusa. Se realiza Coronariografía urgente: EAC TCI + trivaso. Disfunción VI moderada a expensas de hipocinesia difusa. Dada la inestabilidad del paciente se coloca BcPIAo (balón de contrapulsación aórtico) y se traslada a Cirugía Cardíaca.

Comentario: TCI= TRONCO COMÚN IZQUIERDO: inicio de la arteria coronaria izquierda antes de bifurcarse en la DESCENDENTE ANTERIOR y en la CIRCUNFLEJA. La estenosis del TCI crea dudas ante el abordaje ACTP-STENT, versus, Cirugía BYPASS. El ECG muestra ST descendido en más de 8 derivaciones y ST elevado en aVR.

El paciente acudió hace 10 días, cerca del cambio de guardia y se lo entregué al Dr. Adolfo Brayan Medellín colombiano. Tengo que reconocer que no me cuadraba la localización de su lesión y no me percaté del ascenso de ST en aVR. Colombiano, me mostró en el año 2020, un ECG con afectación de TCI con un desenlace fatal: ECG: ST descendido en cara anterior e inferior, ST elevado en aVR (en este caso también elevado en aVL)

PUNTOS CLAVE

Historia clínica resumida, intentar identificar la hora de inicio de los síntomas.

ECG, si es normal o dudoso repetir al cabo de unos minutos. La telemetría nos permitirá, enviar las imágenes del ECG y consultar con otros servicios más especializados.

No olvidar nunca administrar AAS (200/300 mg) si no existe contraindicación (Ia).

Para aliviar el dolor: NTG (respetando sus limitaciones: TAS<90 mmHg, Fc<50 lpm, Fc >100 lpm; ingesta previa de Inhibidores de la Fosfodiesterasa-5 -Sildenafil...) + Mórficos en bolos IV; No usar AINES. Añadir Benzodiazepinas si precisa.

Tener continuamente monitorizado al paciente, con un desfibrilador cerca. Trasladar al paciente (en AMBULANCIA MEDICALIZADA) a un centro adecuado. (difícil).

BIBLIOGRAFIA

1. Velásquez, Lorenzo, Moreno, Seza, Lizasoian, Moro: Farmacología Básica y Clínica, 17° ed., Ed. Panamericana.
2. Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutic, 13e. Laurence L. Brunton, Bruce A. Chabner, Björn C. Knollmann.
3. <https://urgenciasbidasoa.files.wordpress.com>