



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

OSCAR DE JESÚS GONZÁLEZ DEL CARPIO

8° SEMESTRE

DR. ALFREDO LÓPEZ

URGENCIAS MÉDICAS

MEDICINA HUMANA

UNIDAD 2

“Algoritmo de Angina estable e inestable y prinzmetal”

ANGINA ESTABLE

ANGINA INESTABLE

Diagnostico

Dolor precordial, Dolor en mandíbula, cuello, brazo izquierdo, espalda o en epigastrio.
Se ha reportado como equivalentes de angina de pecho la disnea inexplicable o fatiga extrema. Generalmente el paciente con angina inestable tiene dolor precordial que dura de 5 a 20 minutos y se puede disminuir con nitratos sublinguales.

Electrocardiograma de 12 derivaciones
Biomarcadores troponina I o T

Criterios diagnósticos

Angina acelerada, en cuanto que el paciente ha notado un cambio en el comportamiento de un síntoma crónico en lo referente a la intensidad, duración y desencadenamiento de la isquemia.
Angina de reciente aparición, la cual es inducida por un mínimo de ejercicio.
Angina en reposo.
Angina post IAM

Dolor más intenso, Puede durar hasta 30 minutos y ocasionalmente despierta al paciente. En el examen físico es posible encontrar ruidos cardíacos anormales, un impulso apéxico disquinético y soplos de reciente aparición, datos que, sin embargo, carecen de sensibilidad. De acuerdo con la severidad del dolor, las circunstancias clínicas asociadas y la intensidad de la terapia instaurada, es posible clasificar la angina inestable en tres clases bien definidas

Monitorización continua
Aplicación de acceso venoso
Administración de oxígeno a 3L x min.
ASA 150 a 300mg
Nitroglicerina 0.4 mg a 8mg
Morfina
Betabloqueadores

Riesgo bajo

Terapia conservadora inicial
Revalidación a las 6 u 12 horas

Riesgo intermedio

Terapia conservadora inicial o invasiva
Hospitalización y tx básico
Considerar inicio de GP IIb/IIIa

Riesgo alto

Terapia invasiva inicial
Terapia intensiva y cateterismo cardíaco
Considerar inicio de de GP IIb/IIIa y considerar completar carga de Clopidogrel a 600 mg en candidatos a ICP

Valorar mejoría o valorar cateterismo cardíaco

ICP mas stent

ANGINA DE PRINZMETAL

El dolor anginoso está provocado por espasmo espontáneo de la arteria coronaria. En la forma típica, la angina vasospástica se caracteriza por una elevación transitoria del segmento ST en el ECG que por lo general no lleva al infarto de miocardio

Síntomas

Dolor anginoso espontáneo, muchas veces prolongado, más a menudo aparece por las noches, o en las primeras horas de la mañana en reposo, pero puede aparecer también después del esfuerzo físico. Los síntomas son más intensos en el primer año desde el inicio de la enfermedad. Son recurrentes, pero la incidencia del infarto es muy baja.

Diagnostico

Presencia de dolor anginoso espontáneo acompañado de elevación del segmento ST en el ECG y espasmo en la arteria coronaria durante la coronariografía.

Tratamiento conservador

- Modificación de los factores de riesgo, sobre todo dejar de fumar y de consumir anfetamina o cocaína
- AAS 75 mg/d
- Calcioantagonista en dosis altas VO: diltiazem 120-360 mg/d, verapamilo 240-480 mg/d, nifedipino 60-120 mg/d; si el tratamiento con un calcioantagonista no es suficiente, añadir otro de grupo diferente, o un nitrato de larga duración

Tratamiento invasivo

La implantación de un *stent* a nivel de la placa de ateroma responsable del espasmo de la arteria puede aliviar los síntomas, pero en un 50 % de los enfermos los síntomas reaparecen tras la intervención.

La continuación del tratamiento farmacológico es imprescindible.