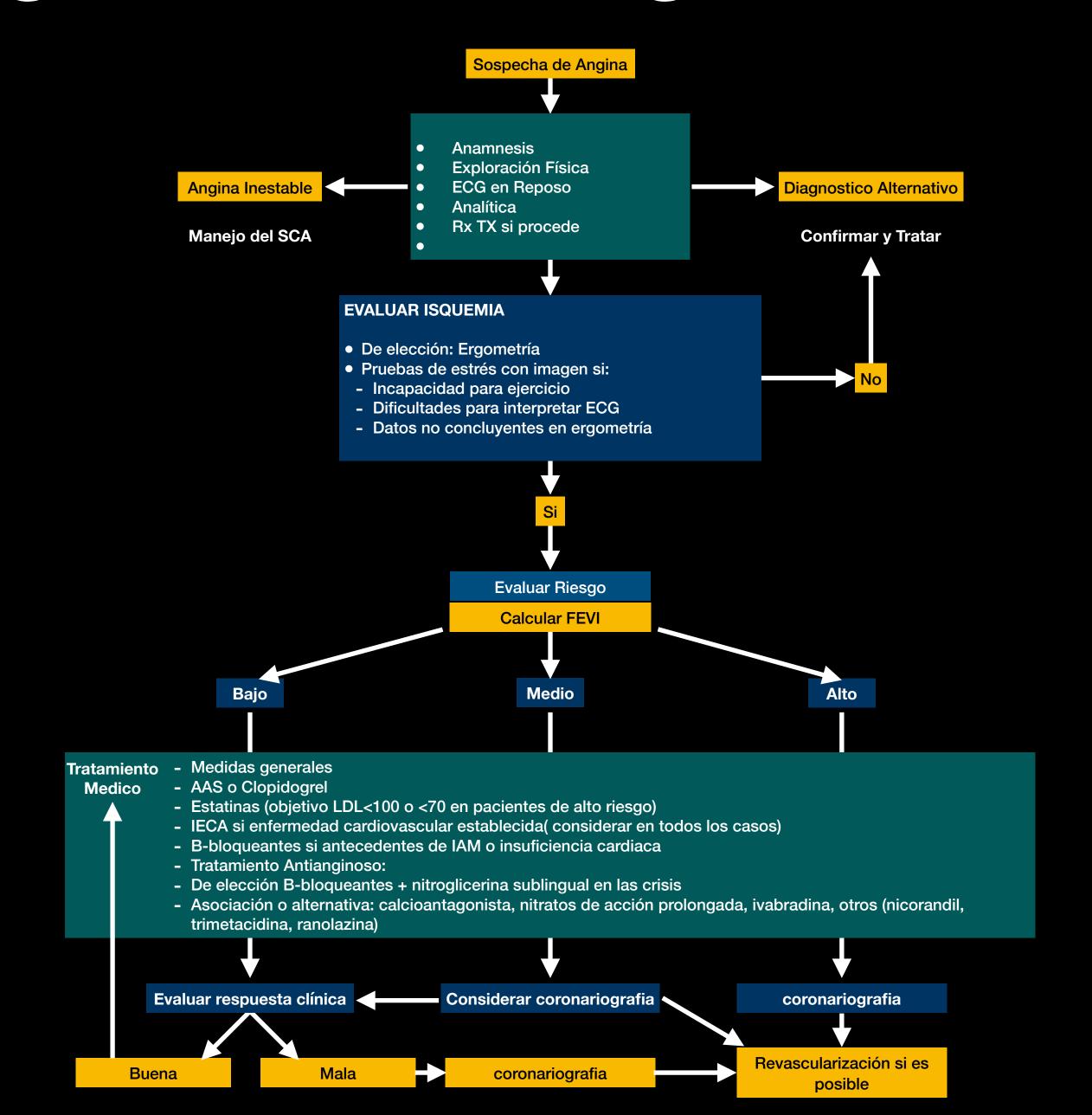
Algoritmos de Angina de Pecho

Urgencias Medicas

Docente: Dr. Alfredo López López Alumna: Johary G. Ramos Aquino

Algoritmo de Angina Estable



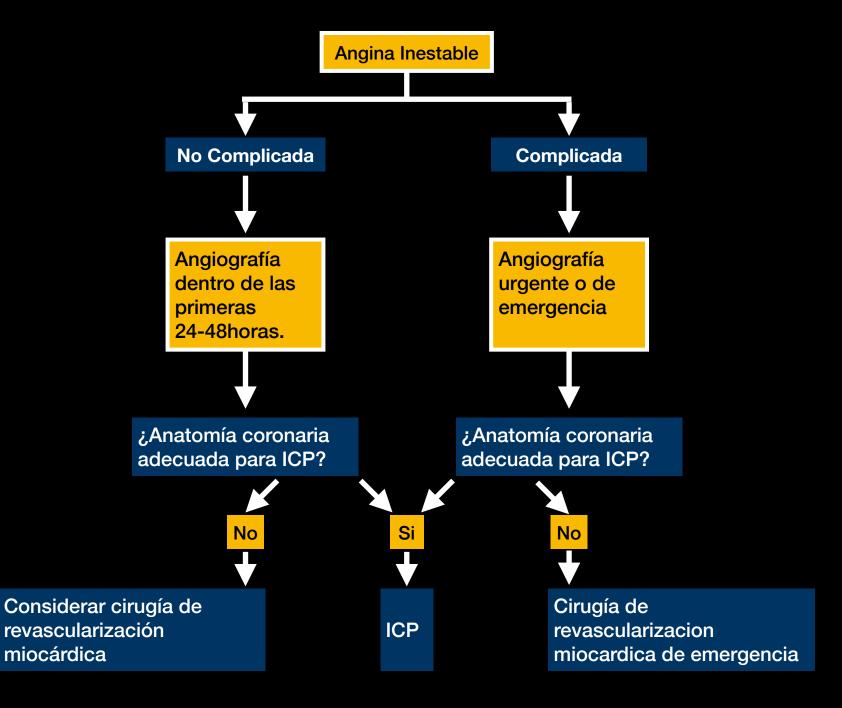
Algoritmo de Angina Inestable



- Oxigeno
- Morfina
- Aspirina 325mg
- Nitratos
- B-bloqueantes
- Heparina u Otro
- Anticoagulante

Considerar

- Clopidogrel 300-600mg una vez (o prasugrel 60mg VO una vez o ticagrelor 180mg VO una vez) si se indica intervención coronaria percutanea (ICP)
- Clopidogrel 75mg una vez al día si los pacientes son de alto riesgo o son intolerantes a la aspirina
- Inhibidores de la GP IIb/IIIa sí se indica ICP o si los pacientes son de alto riesgo



- Manejar los factores de riesgo reversible (p.ej. hipertensión, diabetes, dieta, estilo de vida sedentario, obesidad, tabaquismo)
- Inhibidor de la ECA o bloqueante del receptor de Angiotensina II.
- Clopidogrel 75mg una vez x día durante al menos 1 mes en pacientes con un catéter endovascualar metálico que no libera fármacos y al menos durante 9-12 meses en pacientes con un tutor endovascular que libera fármacos.
- Inhibidor de GP IIb/IIIa durante al menos 18-24hrs. Después de la ICP, en especial con una carga de coágulos alta.
- Estatina (para alcanzar una LDL de 70mg/dl)

a morfina debe usarse juiciosamente (p. ej., si está contraindicada la roglicerina o si el paciente tiene síntomas a pesar de la terapia con

omplicado significa que la evolución hospitalaria se complicó por angina l ecurrente o infarto de miocardio o arritmias ventriculares recurrentes sostenidas.

a cirugía de revascularización miocárdica se prefiere generalmente a la tervención coronaria por vía percutánea para los pacientes con los siguientes:

- Enfermedad de la arteria coronaria izquierda principal o equivalente
- Disfunción ventricular izquierdaDiabetes tratada

demás, las lesiones extensas o cercanas a las bifurcaciones no suelen poder atarse con intervención coronaria por vía percutánea.

CRM = cirugía de revascularización miocárdica; GP = glucoproteína; LDL = lipoproteína de baja densidad; IMSEST = infarto de miocardio sin elevación del segmento ST; ICP = intervención coronaria por vía percutánea; IMEST = infarto de miocardio con elevación del segmento ST.

Algoritmo de Angina Prinzmetal

- Anamnesis
- Exploración Física
- ECG en Reposo
- Analítica
- Rx TX si procede



- elevaciones transitorias del segmento ST
- dolor torácico en reposo
- PE es de escasa utilidad
- CK-MB es normal
- crisis prolongadas pueden observarse pequeños incrementos
- La coronariografía pudiera mostrar el espasmo de uno o más vasos y este se provocaría con ergonovina, acetilcolina, vasoconstrictores e hiperventilación



Diagnóstico:

- presencia de dolor anginoso espontáneo
- elevación del segmento ST en el ECG espasmo en la arteria coronaria durante la coronariografía.



Tratamiento conservador:

- 1) modificación de los factores de riesgo, sobre todo dejar de fumar y de consumir anfetamina o cocaína
- 2) **AAS** 75 mg/dl
- 3) 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 pero de grupo diferente, o un nitrato de larga duración
- 4) los β-bloqueantes, sobre todo no selectivos, están contraindicados.



Tratamiento invasivo:

- implantación de un stent a nivel de la placa de ateroma responsable del espasmo
- continuación del tratamiento farmacológico.
- En caso de bradicardia clínicamente importante o taquiarritmias ventriculares peligrosas relacionadas con la isquemia, que no responden al tratamiento vasodilatador óptimo, está indicada la implantación de marcapasos o de desfibrilador automático (DAI).

