



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Cuadro comparativo de SCA

Gómez Vázquez Juan Carlos

Urgencias médicas

8° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 21/Abril/2021

	IAMCEST	IAMSEST	Angina estable
<i>Sintomas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico: En región retro esternal, con irradiación a cuello, mandíbula, hombro izdo., parte interna de brazo, ambos brazos, codos o muñecas. • síncope o pre síncope • confusión aguda • ACV • empeoramiento de insuficiencia cardiaca • debilidad intensa 	<p>Síntoma: frecuentemente referido como peso, presión, tirantez o quemazón en el Pecho. Retro esternal, cuello, mandíbulas, hombro o brazo izquierdos. En ocasiones epigastrio, interescapular.</p> <p>Precipitantes: ejercicio, estrés emocional, ingesta copiosa, ingesta de bebidas frías o exposición al frío.</p> <p>Atenuantes: cese de actividad, NTG sublingual. El decúbito no suele aliviar los síntomas.</p>	<p>La angina se asocia típicamente con esfuerzo o molestar emocional (se alivia con reposo o nitroglicerina).</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Hipertensión • Hipercolesterolemia (aumento LDL , disminución HDL) • Diabetes • Obesidad • Antecedentes familiares de CAD antes de los 55años.
<i>Diagnostico</i>	<p>Electrocardiograma: Elevación del ST en al menos 2 derivaciones contiguas, seguido por inversión de la onda T luego desarrollo de la onda Q durante varias horas.</p>	<p>Electrocardiograma: Puede incluir depresión del ST y/o inversión de la onda T; a diferencia del IAMCEST, no hay desarrollo de la onda Q.</p> <p>Biomarcadores:</p>	<p>Ecocardiograma: Puede ser normal entre episodios anginosos o mostrar infarto antiguo. Durante la angina de pecho, normalmente aparecen anomalías de las ondas ST y T.</p> <p>Pruebas de esfuerzo:</p>

<p>Biomarcadores: Las troponinas T e I específicas para el corazón (elevados durante 7-10 días). La creatinina sérica aumenta en 4 a 8 horas (máximo 24hrs).</p> <p>Técnicas de imagen: La ecocardiografía detecta anomalías del movimiento de la pared regional asociada con el infarto.</p>	<p>Las troponinas cardíacas específicas y CK-MB están elevadas.</p> <p>También pueden producirse pequeñas elevaciones de la troponina en pacientes con insuficiencia cardíaca, miocarditis, embolia pulmonar y otras afecciones.</p>	<p>Se realiza en la cinta o en la bicicleta hasta que se alcanza la frecuencia cardíaca deseada o el paciente presenta síntomas o desarrolla cambios en el segmento ST.</p> <p>Arteriografía coronaria: Las principales indicaciones son</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angina refractaria al tx médico. 2. Prueba de ejercicio marcadamente positiva. 3. Angina recurrente 4. Para valorar si hay un espasmo arterial coronario. 5. Valorar pacientes con dolor torácico persistente.
<p>Tratamiento</p> <p>Acido acetilsalicílico: 325 mg inicial, luego 75 – 100 mg/día</p> <p>Antagonista del receptor de plaquetas P2Y12: clopidogrel (300 – 600 mg de carga VO luego 75 mg/día)</p> <p>Anticoagulantes: heparina no fraccionada (70 – 100 U/kg, luego 12 U/kg/h)</p> <p>Nitroglicerina: 0.3 – 0.6 mg por vía sublingual o en aerosol bucal.</p> <p>Nitroglicerina IV (5 – 10 microgramos/min, luego aumentar en 10 microgramos/min cada 3-5 min)</p>		<p>Nitroglicerina sublingual puede repetirse a intervalos de 5 min. (TNG 0.3 – 0.6 mg).</p> <p>Beta bloqueadores. La dosis se debe ajustar a una frecuencia cardíaca de reposo de 50 – 60 lpm</p> <p>Antagonistas de calcio: útil para la angina estable e inestable, así como el vasoespasmo coronario.</p> <p>Ranolazina: 500 a 1000 mg por vía oral.</p> <p>Acido acetilsalicílico: 81 – 162 mg/día reduce la incidencia de MI en la angina crónica estable, después del MI y en hombres asintomáticos.</p>