



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**URGENCIAS MEDICAS**

**Cuadro comparativo**

Catedrático: Dr. Romeo Suarez Martinez

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 8 semestre Grupo: "A"

## Realiza un cuadro comparativo de los Síndromes coronarios agudos (SICAS)

DIFERENCIAS	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST	ANGINA DE PECHO ESTABLE E INESTABLE.
SINTOMATOLOGIA	<p><b>Síntomas:</b>            1-Dolor torácico: opresión, ardor, tumefacción, constricción, inicio gradual, de intensidad variable y duración mayor de 30 minutos. Ubicado en región retroesternal, con irradiación a cuello, mandíbula, hombro izdo, parte interna de brazo, ambos brazos, codos o muñecas. Asociado con frecuencia a disnea, sudoración, náuseas, vómitos.            2- síncope o presíncope            3- confusión aguda 4- ACV            5- empeoramiento de insuficiencia cardiaca 6- debilidad intensa</p> <p><b>Signos:</b>            - ansiedad, agotamiento, náuseas, palidez, inquietud, sudoración            - taquicardia si estado adrenérgico o IC            - bradicardia si activación parasimpática            - hipotensión leve frecuente            - hipertensión si estado adrenérgico            - AC: 4º Ruido, 3ºR si IC, soplo sistólico si Insuficiencia mitral o CIV            - AP estertores crepitantes si IC</p>	<p>accidentes aterotrombóticos, trastornos dinámicos de la pared arterial tales como la vasoconstricción espasmo coronario-, fenómenos inflamatorios, y otros fenómenos secundarios capaces de inducir isquemia miocárdica</p>	<p>-El dolor puede ser episódico con una duración de 5 a 15 minutos, generalmente provocado por el esfuerzo, pero que cede con el reposo o con nitroglicerina.            -El examen físico puede ser completamente normal o en ocasiones presentarse con:            - Hipotensión: indica disfunción ventricular o disfunción valvular aguda            . - Hipertensión: puede ser precipitada por la propia angina o reflejar un incremento de niveles de catecolaminas por la ansiedad o la estimulación simpaticomimética exógena.            - Diaforesis.            - Edema pulmonar u otros signos de falla cardiaca izquierda.            Enfermedad vascular extracardiaca.            - Ingurgitación venosa yugular.            - Piel fría y húmeda.            - Tercer y cuarto ruido cardiaco (R3).            - Soplo sistólico de insuficiencia mitral por obstrucción ventricular izquierda.            - Estertores o crepitantes pulmonares por disfunción ventricular izquierda o insuficiencia mitral.</p>

<p style="text-align: center;"><b>DIAGNOSTICO</b></p>	<p><b>ECG:</b> exploración básica inicial. Ha realizarse en los 5 -10 primeros minutos de la llegada a Urgencias. Elevación segmento ST igual o superior a 0,2 mV de V1-V3 o mayor o igual a 0,1 mV en el resto. En fase hiperaguda aparecen ondas T altas picudas. Una vez establecido el infarto aparecen ondas Q.</p> <p><b>Marcadores bioquímicos:</b> Determinación de troponina y CPK MB por elevada sensibilidad y especificidad.</p> <p><b>Análítica general:</b> hemograma, bioquímica básica y coagulación.</p> <p><b>Radiografía de torax</b></p>	<p>Se debe realizar en los primeros 10 minutos tras el primer contacto médico (ya sea durante la llegada del paciente a urgencias o durante el primer contacto pre hospitalario con los servicios médicos de urgencias), y debe ser interpretado inmediatamente por un médico cualificado.</p> <p><b>ECG:</b> características del síndrome coronario agudo sin Elevación de ST, son la depresión del segmento ST o la elevación transitoria y cambios en la onda T. La presencia de elevación persistente del segmento ST (&gt; 20 min) apunta a un síndrome coronario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Los registros de electrocardiograma deben repetirse por lo menos a las (3 h) 6-9 h y 24 h después de la primera presentación, e inmediatamente en caso de recurrencia de dolor torácico o síntomas.</li> </ul> <p><b>- Los hallazgos electrocardiográficos con implicaciones diagnósticas incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios transitorios del ST (<math>\geq 0.5</math> mm [0.05 mV]) durante los síntomas, que sugieren isquemia miocárdica.</li> <li>- Depresión del segmento ST, que sugiere síndrome coronario agudo sin elevación del ST.</li> <li>• Inversión simétrica de la onda T precordial (<math>\geq 2</math> mm [0.2 mV]), que sugiere isquemia aguda o embolismo pulmonar.</li> </ul>	

<p><b>TRATAMIENTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxigenoterapia rutinaria</li> <li>- Aspirina 300 mg vo, masticado o machacado para aumentar su absorción oral</li> <li>- Nitroglicerina SL (descarta espasmo coronario reversible) 0,4 mg, cada 5 minutos (3 dosis)</li> <li>- Alivio del dolor: Cloruro Mórfico 2-4mg iv repetidos cada 5-15 minutos</li> <li>- TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN.</li> </ul> <p>El tiempo es un factor principal en cualquier tratamiento de reperfusión por lo que se debe considerar como una verdadera urgencia. 1- Si Hemodinámica disponible en menos de 1 hora: ACTP primaria</p> <p>2- Si no disponible: - Trombolisis - Si contraindicada trombolisis: traslado a Centro para ACTP 1ª</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si persistencia o empeoramiento de dolor o aumento ST a los 90 minutos de inicio de FL junto con Infarto grande o anterior: traslado para ACTP de Rescate.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Alivio del dolor: Nitratos (sublingual 0,3-0,6mg y si persiste tras 3 dosis cada 5 minutos, iv 5-10 microgramos/min), contraindicado si hipotensión o uso de sildenafil las 24h previas. BB. Morfina.</li> <li>2) Suplemento de O2: si cianosis, estertores generalizados e hipoxemia, con el objetivo de mantener saturación &gt; 95%.</li> <li>3) Ingreso planta/Unidad Coronaria: - TTº antitrombótico TTº antianginoso Selección de pacientes de riesgo para manejo invasivo Iniciación de la prevención secundaria.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fondaparinux 2,5 mg/ 24h (por su perfli efi cacia/seguridad más favorable) o HBPM (preferiblemente enoxaparina) a dosis de 1 mg/kg/12h subcutánea.</li> <li>2. Clopidogrel: Dosis de carga de 300 mg. Posteriormente 75 mg/24h</li> <li>3. Nitratos sl y/o iv.</li> <li>4. Betabloqueantes si no existe contraindicación y si mantiene la FC ≥ 50 lpm y la TAS ≥ 100 mmHg.</li> <li>5. Estatinas a dosis altas (preferiblemente rosuvastatina o atorvastatina)</li> </ol>	<p>2.- Tratamiento farmacológico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspirina (100 mg/día).</li> <li>2. Betabloqueantes</li> <li>3. IECAS</li> <li>4. Nitratos o Antagonistas del calcio en caso de persistir angina o contraindicación para la toma de betabloqueantes</li> <li>5. Estatinas</li> <li>6. Nitratos de acción rápida para alivio de los síntomas.</li> </ol>
---------------------------	--	---	---