



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“CUADRO COMPARATIVO SÍNDROMES CORONARIOS”**

**Anelhy Jassmín Hernández Zapata**

**URGENCIAS**

**Semestre: 8°**

**Grupo: “A”**

**Dr. SUAREZ MARTÍNEZ ROMEO**

**Comitán de Domínguez, Chiapas Abril del 2021.**

# CUADRO COMPARATIVO SÍNDROMES CORONARIOS

	SICA con Elevación ST	SICA sin Elevación de ST	Angina estable	Angina inestable
<b>Sintomatología</b>	<p>ºDolor torácico: definido como opresión, ardor, tumefacción, constricción, con inicio gradual, de intensidad variable y duración mayor de 30 minutos. En región retroesternal, con irradiación a cuello, mandíbula, hombro izdo. Asociado con frecuencia a disnea, sudoración, náuseas, vómitos</p> <p>ºSincope o Pre sincope</p> <p>Confusión Aguda</p> <p>ACV</p> <p>ºEmpeoramiento de Insuficiencia Cardíaca</p> <p>ºDebilidad Intensa</p>	<p>ºFrecuentemente referido como peso, presión, tirantez o quemazón en el pecho. Los pacientes dirán que no es un "dolor".</p> <p>Retroesternal, cuello, mandíbulas, hombro o brazo izquierdos. En ocasiones epigastrio, interescapular. . . .º</p> <p>Precipitantes: ejercicio, estrés emocional, ingesta copiosa, ingesta de bebidas frías o exposición al frío</p>	<p>ºDolor en pecho opresivo, compresivo, ardoso mas de 2 y menos de 10 minutos durante el ejercicio extendiéndose hacia otras zonas</p>	<p>ºDolor en pecho en reposo mayor de 10 a 20 min, no cede a medicamentos</p>
<b>Diagnostico</b>	<p>ºEKG: exploración básica inicial. Ha realizarse en los 5 10 primeros minutos de la llegada a</p> <p>ºLaboratorios: Determinación de troponina y CPK MB por elevada sensibilidad y especificidad.</p>	<p>ºEKG: Es importante el análisis dinámico de la repolarización, por lo que se realizarán ECG seriados, especialmente si el primero es normal, y durante el dolor. Se debe repetir en cualquier</p>	<p>ºEl interrogatorio sobre los síntomas.</p> <p>ºLa exploración física.</p> <p>ºECG</p> <p>ºPrueba de esfuerzo</p>	<p>ECG seriados</p> <p>Medición seriada de los marcadores cardíacos</p> <p>Angiografía coronaria inmediata en los pacientes con complicaciones (p. ej., dolor torácico persistente,</p>

		<p>momento que el paciente refiera recurrencia o empeoramiento de los síntomas.</p> <p>ºDepresión de ST, elevación transitoria de ST o inversión de la onda T. Los cambios de la onda T son sensibles pero menos específicos a no ser que sean marcados. La normalidad del ECG no descarta el origen coronario.</p> <p>ºMarcadores Bioquímicos La elevación en plasma de marcadores de daño miocárdico es útil para confirmar el diagnóstico de SCASEST</p>		<p>hipotensión, arritmias inestables)</p> <p>Angiografía tardía (entre 24 y 48 h más tarde) en pacientes estables</p>
<b>Tratamiento</b>	<p>ºOxigenoterapia rutinaria (pacientes con menos de 94% Sat. O<sub>2</sub>)</p> <p>ºAspirina 300 mg vo, masticado o machacado para aumentar su absorción oral.</p> <p>ºNitroglicerina SL</p> <p>ºClopidogrel 300mg,</p> <p>ºAtorvastatina 80mg,</p> <p>ºEnoxaparina 30mg IV/ &gt;15' 1mg/ SC c 12 hrs</p>	<p>1 - Alivio del dolor: Nitratos (sublingual 0, 3 0, 6 mg y si persiste tras 3 dosis cada 5 minutos, iv 5 10 microgramos/min), contraindicado si hipotensión o uso de sildenafil las 24 h previas. BB. Morfina.</p> <p>2 - Suplemento de O<sub>2</sub>: si cianosis, estertores generalizados e hipoxemia, con el objetivo de mantener</p>	<p>ºNitratos</p> <p>ºBetabloqueadores</p> <p>ºCalcioantagonistas</p>	<p>Atención prehospitalaria: oxígeno, aspirina, nitratos y derivación a un centro médico adecuado</p> <p>Tratamiento farmacológico: antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, antianginosos</p>

		saturación > 95%. 3 - Ingreso planta/Unidad Coronaria: TTº antitrombótico TTº antianginoso Selección de pacientes de riesgo para manejo invasivo Iniciación de la prevención secundaria.		
--	--	---	--	--