



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Urgencias médicas

Cuadro comparativo

---

Presenta

López Hernández Yesenia Arlette

**Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez**

8° semestre grupo "A"

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**25 de abril del 2021**

CONCEPTOS	ANGINA	IAM
<b>DEFINICIÓN</b>	Síndrome clínico caracterizado por episodios o paroxismos de dolor o presión en la parte anterior del tórax, causado por un flujo insuficiente de sangre coronaria dando como resultado disminución del suministro de oxígeno para satisfacer una mayor demanda miocárdica en respuesta al esfuerzo físico o estrés. Suele deberse a una enfermedad aterosclerótica casi siempre depende de una obstrucción notable de una arteria coronaria principal.	Necrosis del tejido miocárdico originado por la falta de aporte de sangre al miocardio. Debido a estrechamiento crítico de una arteria.
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<p>Angina estable: dolor predecible constante que surge con el ejercicio y se alivia con el reposo.</p> <p>Angina inestable: llamada también angina encercando, los síntomas aparecen cuando el paciente se encuentra en reposo, aumentando progresivamente en frecuencia u duración. El umbral para el dolor es más bajo y puede haber más dolor en reposo.</p> <p>Angina refractaria o intratable: dolor torácico grave que causa incapacidad.</p> <p>Angina variante: también llamada angina Prinzmetal, dolor que aparece durante el reposo que se acompaña de elevación reversible del segmento ST, que depende de espasmos de arterias coronarias.</p> <p>Isquemia silenciosa: demostración objetiva de isquemia (cambios electrocardiográficos en una prueba de esfuerzos) a pesar de que el paciente no presenta síntomas.</p>	IAM con elevación del segmento ST IAM sin elevación del segmentos ST
<b>CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR</b>	la isquemia miocárdica puede producir dolor y otros síntomas, que varían en gravedad desde sensación de indigestión, hasta sensación de ahogo o de pesadez en parte superior del tórax, los cuales van desde molestas hasta dolor muy intenso acompañado de opresión grave y sensación de muerte inminente. El dolor a menudo se siente en la profundidad del pecho, detrás de la parte superior, o en el tercio medio del esternón (retro esternal). Por lo general el dolor es más localizado y es irradiado al cuello, mandíbula, hombros y porción interna del brazo izquierdo por lo general. El paciente puede experimentar una sensación de opresión, ahogamiento o estrangulamiento con una calidad insistente. El dolor a veces se acompaña de una debilidad o adormecimiento de brazos, muñecas y manos, así como disnea palidez, diaforesis, náuseas y vomito.	<p>Tipo: opresivo (aplastante, constrictivo [ estaca-puñal])</p> <p>Inicio/Duración: súbito continuo, dura más de 20 minutos, no cede con el reposo.</p> <p>Intensidad: difuso grave insoportable, aumenta más que una angina.</p> <p>Localización: torácica, subesternal, hombro cara cubital, epigástrico, cervical, mandibular, cara cubital cara izquierda, interescapular, infraescapular.</p>
<b>FACTORES DESENCADENANTES</b>	<p>Para identificar la angina a veces es necesario obtener antecedentes detallados y enseñar al paciente sobre aquellos factores de riesgo que condiciona la aparición de la angina.</p> <p>Esfuerzo físico: este precipita la aparición al aumentar la demanda de oxígeno al miocardio.</p> <p>Exposición al frío: produce vasoconstricción y presión arterial alta lo que aumenta la demanda de oxígeno.</p> <p>Consumo alimentos pesados: incrementa el flujo de sangre al área mesentérica para la digestión y reduce el suministro de disponible para el corazón. En el paciente con compromiso cardiaco la derivación de sangre para el corazón puede ser suficiente para la presentación de un episodio.</p> <p>Estrés u otra causa de alteración emocional: desencadena la liberación de adrenalina y aumenta la presión arterial lo que acelera la frecuencia cardiaca e incrementa la carga del miocardio.</p>	Contricción o estrechamiento repentino de una arteria coronaria, disminución de suministro de oxígeno por pérdida aguda de sangre, anemias o presión arterial baja, y mayor demanda de oxígeno por taquicardia, tirotoxicosis o consumo de cocaína
<b>TRATAMIENTO</b>	<p><b>NO FARMACOLÓGICO:</b></p> <p>Reposo en cama: Para disminuir el sobre esfuerzo físico</p> <p>Administración de Oxígeno por cánula nasal: Para aumentar el aporte de O<sub>2</sub> al miocardio y disminuir el dolor.</p> <p>Posición de semifowler: Para disminuir los requerimientos de O<sub>2</sub> del miocardio isquémico.</p> <p><b>FARMACOLÓGICO:</b></p>	<p><b>NO FARMACOLÓGICO:</b></p> <p>Suministro de oxígeno para disminuir la demanda de oxígeno al miocardio.</p> <p>Reposo en cama en posición fowler.</p> <p><b>FARMACOLÓGICO:</b></p> <p>El objetivo del tratamiento es disminuir el daño del miocardio y prevenir las complicaciones.</p>

Vasodilatadores. Nitroglicerina sublingual, si no responde administrar IV. Actúa dilatando principalmente las venas y en dosis mayores dilata las arterias, ayuda a aumentar el flujo de sangre coronaria al prevenir el vasospasmo y al aumentar la perfusión a través de los vasos colaterales. Debe administrarse por bomba de infusión, previa toma de presión arterial, no aplicar si la TAS es menor de 90mmHg y FC menor de 50 Lxm, vigilar los signos de toxicidad como enrojecimiento, mareo, hipotensión.

Bloqueadores  $\beta$  – Adrenérgicos (Metoprolol, Propranolol), actúan bloqueando las estimulaciones de los receptores simpáticos adrenérgicos- $\beta$  en el corazón, como resultado reduce el consumo de  $O_2$ , frecuencia cardiaca, presión arterial y la contractilidad miocárdica.

Bloqueadores de los canales de calcio: (Amlodipino, Verapamilo, Diltiazem), relajan los vasos sanguíneos, disminuyendo la presión arterial y aumentando la perfusión coronaria, se debe vigilar los signos vitales puede producir hipotensión y bradicardia.

Antiplaquetarios y anticoagulantes: (Aspirina, Heparina no fraccionada, HBPM, Clopidogrel, Ticlopidina), el Clopidogrel y la Ticlopidina se utilizan en los pacientes alérgicos al Ácido acetilsalicílico o se administran juntos en pacientes con alto riesgo de infarto.

Debida a que la Heparina no fraccionada y de bajo peso molecular incrementa el riesgo de hemorragias, se debe vigilar signos y síntomas de la misma, como son: hipotensión, aumento de la frecuencia cardiaca y reducción en los valores normales de hemoglobina y hematocrito.

Trombolíticos: se administran iv o en la arteria coronaria, estos disuelven y lisan los trombos (trombolisis), permitiendo que vuelvan a fluir en la sangre a través de dicha arteria (reperfusion)

Minimizando así el tamaño del infarto y preservando la función ventricular, esta indicado cuando el dolor torácico es mayor a 20 minutos y que no cede con la nitroglicerina, hay elevación del segmento ST en cuanto -2 derivaciones que miden hacia la misma zona del corazón. Esta contraindicado en la hemorragia activa, trastornos hemorrágicos conocidos, antecedentes de apoplejía hemorrágica, antecedentes de malformación de vasos intracraneales, cirugías importantes o traumatismos recientes, hipertensión no controlada, embarazo.

Durante la administración de estos hay que vigilar o tener en cuenta las arritmias agudas, hipotensión, alergias, vigilar reperfusion, signos y síntomas de hemorragias.

Los utilizados con mayor frecuencia son: estreptocinasas, alteplasa, reteplasa.

#### ANALGESICOS

Sulfato de morfina: se administra en bolo intravenoso reduciendo el dolor y la ansiedad, como también la precarga ayudando a la disminución del trabajo del corazón, de igual forma relaja los bronquios para fomentar la oxigenación. La respuesta cardiovascular a la morfina debe vigilarse, sobre todo la opresión arterial que puede disminuir, la FR se puede deprimir.

Vigilancia del segmento ST debido a que la morfina reduce la sensación de dolor y este es el indicador de una isquemia subsiguiente.

#### IECA

Estos evitan la conversión de angiotensina I a II, disminuyendo la presión arterial y la excreción de sodio y liquidas por riñones, causando una disminución de la demanda de oxígeno al corazón. El uso de estos previene el inicio de insuficiencia cardiaca después de un IAM. Es importante asegurarse de que el individuo no sea hipotenso, hiponatremico o hipovolémico antes de administrarlos, se vigila la presión arterial y gasto urinario, niveles séricos de sodio, potasio y creatinina.

#### VASODILATADORES (Nitroglicerina)

Se administra IV dilata principalmente las venas y en dosis mayores dilata las arterias, ayuda a incrementar el flujo de sangre coronaria al prevenir el vasoespasmo, y aumenta la presión a través de los vasos; reduce el consumo de oxígeno por parte del miocardio, lo que disminuye la isquemia y alivia el dolor. Dosis: 0.1 a 0.2 mg/kg/min

#### ANTICOAGULANTES

(Aspirina, Heparina no fraccionada, HBPM, Clopidogrel, Ticlopidina), el Clopidogrel y la Ticlopidina se utilizan en los pacientes alérgicos al Ácido acetilsalicílico o se administran juntos en pacientes con alto riesgo de infarto.

Debida a que la Heparina no fraccionada y de bajo peso molecular incrementa el riesgo de hemorragias, se debe vigilar signos y síntomas de la misma, como son: hipotensión, aumento de la frecuencia cardiaca y reducción en los valores normales de hemoglobina y hematocrito.