



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez

Síndromes Coronarios

Urgencias Medicas

Dr. Ricardo Acuña

Br. Viridiana Merida Ortiz

Estudiante de Medicina

8vo Semestre

19 de marzo de 2023, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

SINDROMES CORONARIOS

DEFINICIÓN:

Conjunto de signos y síntomas, de diversas patologías que resultan en isquemia miocárdica. Va desde angina estable, angina inestable, hasta infarto con y sin supradesnivel del segmento ST.

FISIOPATOLOGÍA:

- Estenosis por placa aterosclerótica
- El 60% de las estenosis produce síntomas en ejercicio
- El 95% produce síntomas en reposo
- El daño endotelial y accidente de placa activan plaquetas y formación de trombo
- La consecuencia depende del tamaño del trombo, de la placa, presencia de colaterales y vasoespasmo

EVALUACIÓN:

Inicial:

1. Determinar si el paciente está en riesgo inmediato y si necesita intervención emergente
2. Hacer ECG dentro de 10 minutos

Historia:

- Características del dolor
- Antecedentes
- Enfermedad coronaria
- Alergia a AAS
- Uso de cocaína
- Enfermedades reumatológicas
- Factores de riesgo

Examen físico: Orientado a buscar complicaciones de IAM o diagnósticos diferenciales

- Evaluar:
- Estado general, perfusión, estado mental, ritmo
- Killip

- Soplos
- Signos de disección aórtica y taponamiento cardíaco

DIAGNÓSTICO: EKG

SDST:

- 0,2 mV en V2-V3
- 0,1 mV en otras derivaciones

IDST:

- 0,05 mV en 2 derivaciones
- Certeza de nuevo BCRI
- T invertidas simétricas

Probable:

- T hiperagudas
- BCRI
- Alteraciones no significativas del ST
- T invertidas asimétricas

Diagnóstico diferencial de elevación del segmento ST:

- Embolismo pulmonar
- Hiperkalemia
- Variante normal
- Angina Prinzmetal
- Pericarditis aguda
- Aneurisma ventricular izquierdo
- Sd. Brugada
- Hemorragia cerebral aguda

Exámenes:

Biomarcadores

- Troponina T: desde las 3 horas
- CK-MB: desde las 2 horas

- Troponina I: 2 horas

Biomarcadores y ECG negativas, no descartan SCA en las primeras horas

Rx Tórax: sólo si se puede

Otros: coagulación, hemograma, función renal, perfil lipídico, glicemia, Hb glicosilada

MANEJO DE IAM CON SDTS:

- Monitor con desfibrilador, O2 si saturación < 94%
- AAS 500 mg a masticar
- Clopidogrel 600 mg
- Heparina 5000 U → en caso de trombosis, estreptoquinasa no usar heparina
- NTG si no es IAM de ventrículo derecho
- Reperusión:
 - ✓ Desde puerta a trombolisis 30 min
 - ✓ Desde puerta a Hemodinamia 60-90
 - ✓ Antes de las 3 horas, los resultados son similares entre trombolisis y Hemodinamia

Trombolisis

Opciones: estreptoquinasa, alteplase, reteplase, tenecteplase

	Estrepto- quinasa	Alte- plase	Rele- plase	Tenecte- plase
Dosis	1.500.000 UI en 30-60 minutos	Hasta 100 mg en 90 min	10 UI por 2 veces	30-50 mg
Administra- ción	Infusión	Infusión	Bolo	Bolo
Hipotensión	Sí	No	No	No
Costo	+	+++	+++	+++

Contraindicaciones

Absolutas:

- Antecedente de ACV hemorrágica o de origen desconocido
- Enfermedad cerebrovascular isquémica < 6 meses
- Neoplasia intracraneana o malformación arteriovenosa
- Neurocirugía < 6 meses
- Traumatismo craneano o facial grave < 3 meses

- Hemorragia activa (no menstrual)
- Hemorragia gastrointestinal < 6semanas
- Alteración de la coagulación conocida
- Cirugía o trauma mayor < 2 semanas

Relativas:

- Sospecha clínica de disección aórtica
- Crisis isquémica transitoria < 6meses
- Reanimación cardiopulmonar < 2semanas• Puntos vasculares no compresibles
- Embarazo o < 1 semana post parto
- Úlcera péptica activa
- Hipertensión refractaria

Criterios de reperfusión: Se realiza dentro de los 90-120 minutos el inicio de trombólisis

- Desaparición o disminución del dolor
- Descenso del SDST
- Alza precoz de enzimas miocárdicas
- Arritmias de reperfusión

Descenso del segmento ST > al 50%(idealmente 70%) es el signo de mayor valor pronóstico

Hemodinamia

Indicaciones:

- IAM con SDST en centro conHemodinamia
- IAM con SDST en centro sin Hemodinamia a menos de 90 min
- IAM con SDST en shock cardiogénico
- IAM sin SDST de alto riesgo:inestable, TIMI o GRACE alto
- Fracaso de trombolisis → de rescate

MANEJO DE IAM SIN SDTS:

1. Monitor con desfibrilador, O2 sisaturación < 94%
2. AAS 500 mg a masticar
3. Clopidogrel 300 mg

4. HBPM: enoxaparina 1 U/KG c/ 12 horas
5. NTG si no es IAM de VD, opioides
6. Atorvastatina y betabloqueo si estabilidad lo permite

Angina inestable:

- Dolor torácico coronario que no eleva biomarcadores
- Cambio de características de angina estable
- Manejo igual a SCA sin supradesnivel

Evaluación de riesgo:

Puntaje TIMI y GRACE: estratifican riesgo de morir

- Riesgo bajo: manejo médico y estudio coronariográfico diferido
- Riesgo intermedio: estudio dentro de 72horas
- Riesgo alto: coronariografía lo antes posible

Bibliografía:

- Póveda-Fernández, Jonathan, & Sáenz-Madrigal, Manuel Eduardo. (2000). Síndromes coronarios agudos: evaluación y manejo. *Acta Médica Costarricense*, 42(3), 101-108. Consultado el 23 de marzo de 2023 en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-600220000003000003&lng=en&tlng=es
- 017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2017. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393