

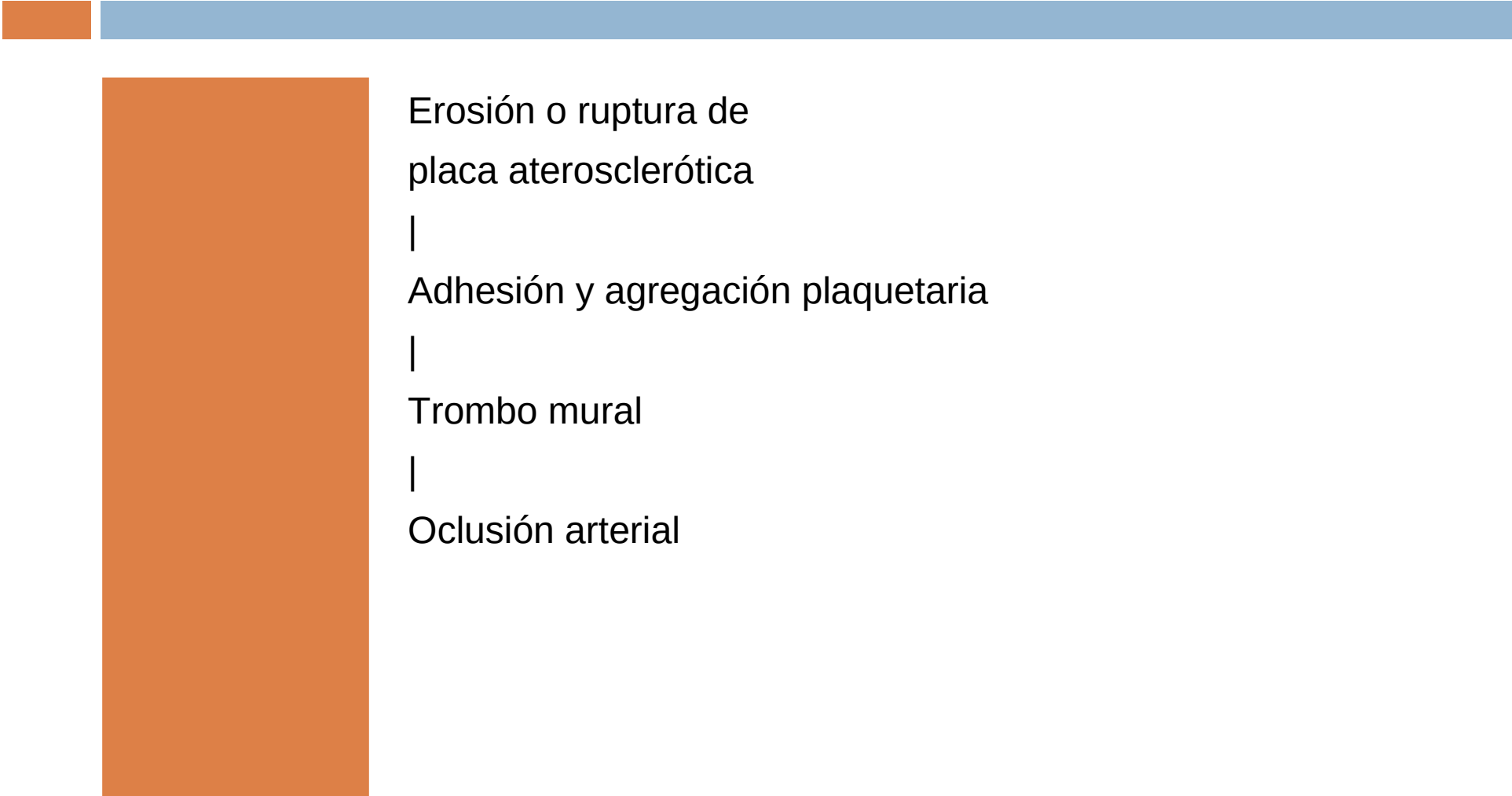
SINDROME CORONARIO AGUDO



CLASIFICACION

- IAMCEST
- SCASEST
- SCA TIPO ANGINA INESTABLE

SINDROME CORONARIO AGUDO



Erosión o ruptura de
placa aterosclerótica

|

Adhesión y agregación plaquetaria

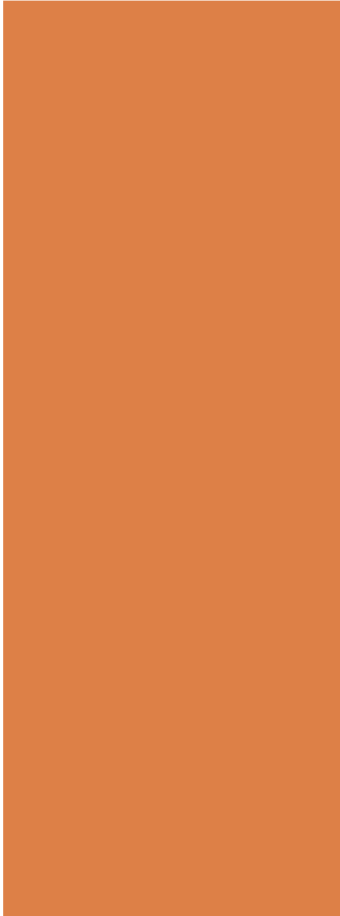
|

Trombo mural

|

Oclusión arterial

SCA-CLINICA



Dolor torácico

Disnea

Mareos

Síncope

Palidez y sudoración

Hipotensión arterial

DIAGNOSTICO DE IAMCEST



Dolor torácico

Elevación persistente de ST o nuevo BCRIHH

Troponinas elevadas

ECG



Alteraciones en derivaciones contiguas:

D I y aVL: región lateral alta

V5 y V6: región lateral baja

D II, D III y aVF: región inferior

V1 a V4: región anterior

DIAGNOSTICO DE SCASEST

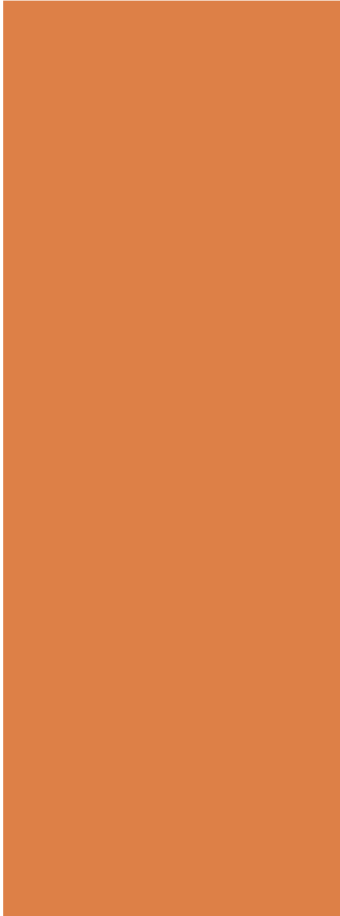


Dolor torácico

Infradesnivel de ST, inversión de T o ECG normal.

Troponinas elevadas

DIAGNOSTICO DE SCA TIPO ANGINA INESTABLE



Dolor torácico < 20 minutos

Infra o supradesnivel de ST, cambios en onda T o
ECG normal.

Troponinas normales.

ESTRATIFICACION DE SCA TIPO ANGINA INESTABLE



-RIESGO BAJO:

Aumento de frecuencia o duración de angina

Angina por menor esfuerzo

Angina nueva de inicio reciente (2 semanas a 2 meses).

ECG normal

Troponina normal

ESTRATIFICACION DE SCA TIPO ANGINA INESTABLE



RIESGO INTERMEDIO:

- IM, enfermedad vascular cerebral o vasculopatía periférica previos.
- dolor en reposo > 20 min cede espontáneo o NTG sl.
- angina nocturna
- angina aparece en 2 semanas últimas con probabilidad moderada o alta de EC
- alteraciones de onda T

ESTRATIFICACION DE RIESGO DE SCA TIPO ANGINA

INESTABLE

- Ondas Q patológicas o depresión ST en reposo < 1mm
- aumento troponina T (entre 0,01 y 0,5 ng/ml)
- edad > 70 años.

ESTRATIFICACION DE RIESGO EN SCA TIPO ANGINA

INESTABLE

RIESGO ALTO:

- aumento de síntomas isquémicos en 48 horas previas.
- dolor en reposo progresivo y > 20 min con probabilidad moderada o alta de EC.
- EAP por angina
- angina de reposo con alteraciones dinámicas de ST $>$ o igual $0,5$ mm.
- angina con IC, R 3 o soplo de IM

ESTRATIFICACION DE SCA TIPO ANGINA INESTABLE



- angina con hipotensión, bradi o taquicardia
- angina con bloqueo de rama nuevo
- TV sostenida

TRATAMIENTO IAMCEST

- Analgesia: NTG sl , morfina 3 cc cada 5 minutos, NTG iv 10-20 mcg/min, aumentar cada 5 a 10 minutos, durante 1- 2 días.
- Oxígeno 2-4 lpm.
- Metoclopramida 5-10 mg iv si vómitos
- Atropina 0,5-1 mg hasta 2 mg iv si hipotensión y/o bradicardia
- Antitrombóticos: AAS 150-325 mg masticable; Clopidogrel 300mg vo si 75 años o menos, y 75 mg en mayores de 75 años o no realización de tratamiento de reperfusión.

TRATAMIENTO IAMCEST



✍ -ICP PRIMARIA DE ELECCION: PRIMERAS 2 HORAS

✍ VENTAJAS VS FIBRINOLISIS:

-MAS EFECTIVIDAD EN RESTAURACION DE FLUJO

-MENOR REOCLUSIONES

-MEJORIA DE FUNCION RESIDUAL DE VI

-MEJORES RESULTADOS CLINICOS

TRATAMIENTO DE IAMCEST



FIBRINOLISIS:

- incidencia de ACV aumentado
- TECNEPLASA: menor tasa de sangrado no cerebral, menor necesidad de transfusiones sanguíneas, más fácil administración.
- dar en primeros 30 minutos
- dosis: bolo iv: 30 mg <60 kg; 35 mg si 60-70 kg; 40 mg si 70-80 kg; 45 mg si 80-90 kg; 50 mg igual o más 90 kg.

TRATAMIENTO FIBRINOLITICO

- ✍ Contraindicaciones absolutas:
 - antecedentes ACV hemorrágico o ACV origen desconocido.
 - ACV isquémico 6 meses antes.
 - traumatismo o neoplasia en SNC.
 - traumatismo/cirugía/daño encefálico reciente importante- 3 semanas antes.
 - sangrado gastrointestinal último mes
 - alteración hemorrágica conocida



- disección aórtica

- punciones no compresibles: hepática, lumbar.

TRATAMIENTO FIBRINOLITICO

✍ Contraindicaciones relativas:

- AIT 6 meses antes.
- tratamiento anticoagulante oral.
- embarazo o primera semana puerperio.
- HTA refractaria (sistólica >180 y/o diastólica >110 mm Hg).
- Hepatopatía avanzada, endocarditis infecciosa, úlcera péptica activa, resucitación refractaria.

TRATAMIENTO ANTITROMBINICO

Enoxaparina:

- menor 75 años y creatinina igual o menos 2,5 mg/ml: bolo iv 30 mg, seguido 15 minutos 1mg/kg cada 12 horas sc hasta alta u 8 días.

No exceder 100 mg en primeras 2 dosis.

- mayor 75 años no dar bolo iv; 0,75 mg/kg sc, máximo de 75 mg en primeras 2 dosis.

- aclaramiento creatinina < 30ml/min: dosis sc cada 24 horas.

TRATAMIENTO ARRITMIAS EN FASE AGUDA DE IAMCEST

- TV y FV hemodinámica inestable: CVE
- TV monomórfica mantenida hemodinámica inestable y refractaria CVE: Amiodarona 150 mg iv en 10 minutos; 6-8 bolos en 24 hrs o 1mg/min en 6 horas.
- TVNS monomorfa: Amiodarona o Metoprolol 2,5-5 mg iv en 2 min hasta 3 dosis, o Atenolol 1mg/min iv (no en FEVI baja).
- FA: Beta-bloqueantes; Verapamilo 0,075-0,15 mg/kg en 2 min; Amiodarona; CVE



-Bradycardia sinusal con hipotensión: Atropina 0,5mg iv hasta 1,5-2 mg.

-Bloqueo AV II (Mobitz 2) o Bloqueo AV III con hipotensión o IC: Atropina iv + MP transitorio.

-TV polimórfica:

QT basal normal: beta bloqueantes o Amiodarona

QT basal prolongado: corregir electrolitos, Mg iv, sobreestimulación eléctrica, isoprenalina 0,05-0,1 mcg/kg/min

TRATAMIENTO DE SCASEST



-Fármacos antiisquémicos:

Beta-bloqueantes: frecuencia cardíaca entre 50-60 lpm

Nitratos: sl e iv hasta aliviar dolor.

Bloqueadores de canales de calcio: de elección en angina vasoespástica.

Ivabradina: con o sin betabloqueantes.

Trimetazidina

TRATAMIENTO DE SCASEST



-ANTICOAGULANTES:

Heparina de bajo peso molecular: no en IR con aclaramiento de $Cr < 30$ ml/min. Hasta alta hospitalaria.

-Fondaparinux 2,5 mg/día o Enoxaparina 1mg/kg sc cada 12 horas

TRATAMIENTO DE SCASEST



FARMACOS ANTIPLAQUETARIOS:

- AAS: inicio 160-325 mg masticable, luego 75-100 mg/día.
- Clopidogrel: dosis carga 300 a 600 mg, luego 75mg/día