

# DOLOR TORÁCICO

## Sd. Coronario Agudo

Ana Gorria Urtasun

Cristina Fdez Buergo

# ENFERMEDAD ACTUAL



37 años



- Dolor en hombro izquierdo – 1 hora.
- Irradiado a contralateral y brazo izdo.
- Intensidad variable.

- No tos ni cuadro catarral.
- No cortejo vegetativo, sudoración...
- Episodio hace un año.

# ACTUACIÓN INICIAL

**ECG**

**< 10 min**

- **↑ ST persistente en dos derivaciones contiguas:**
  - $\geq 0,25$  mV en varones  $< 40$  años\*
  - $\geq 0,2$  mV en varones  $> 40$  años
  - $\geq 0,15$  mV en mujeres en las derivaciones V2-V3 o  $\geq 0,1$  mV en otras derivaciones.
- **BCRIHH nuevo.**

**Marcadores  
daño  
miocárdico**

- Extracción rutinaria y lo antes posible.
- Troponina T ultrasensible – elección.
- No esperar a resultados para inicio tto.

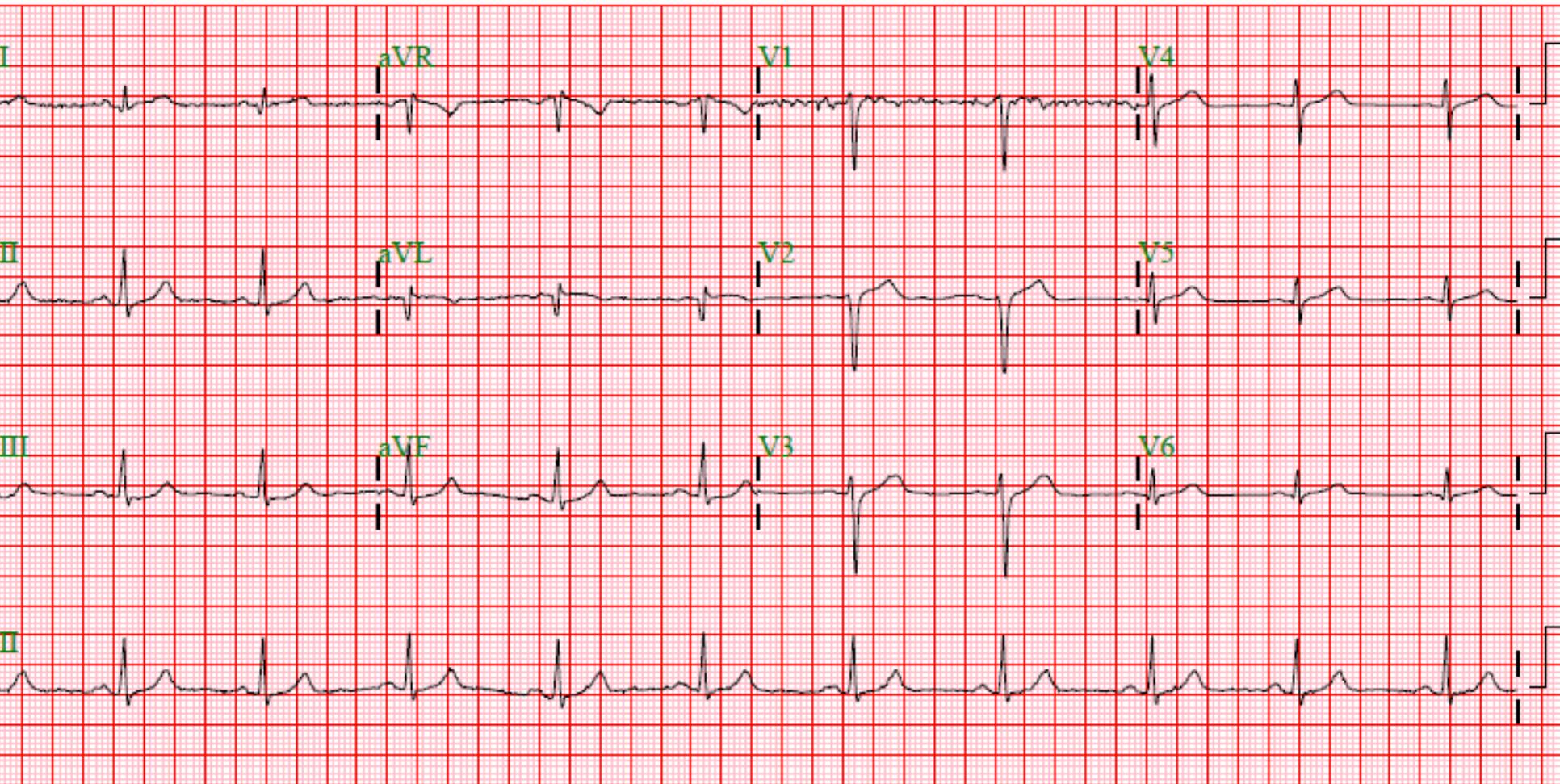
Frec. 62  
PR 172  
QRSd 96  
QT 408  
QTc 415

5:43 horas

Ejes  
P 62  
QRS 86  
T 59

área: URGEN

Gananc. derivs no estándar



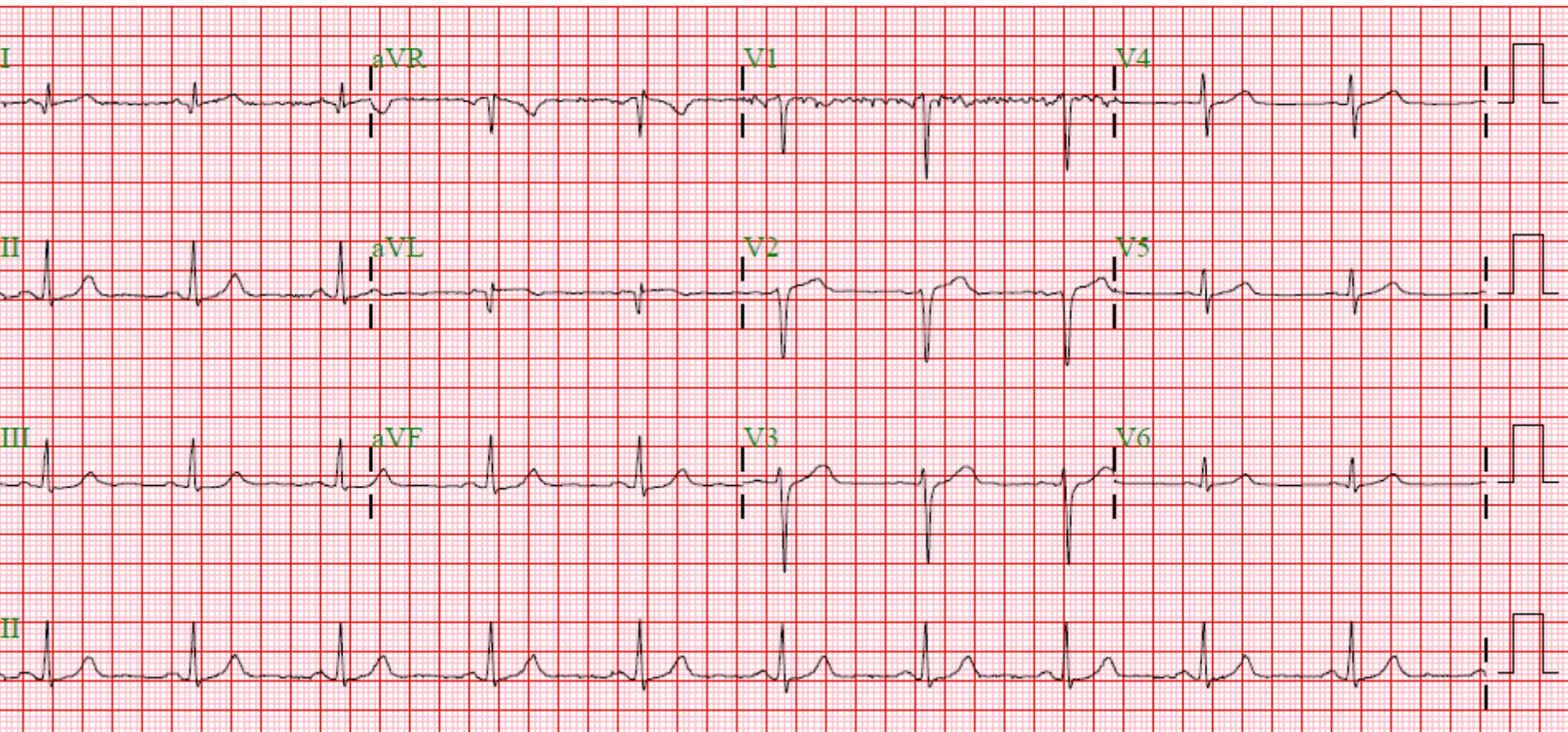
Frec. 61  
PR 168  
QRSd 92  
QT 416  
QTc 419

5: 44 horas

área: URGEN

Ejes  
P 61  
QRS 83  
T 61

Gananc.dervs.no estánd



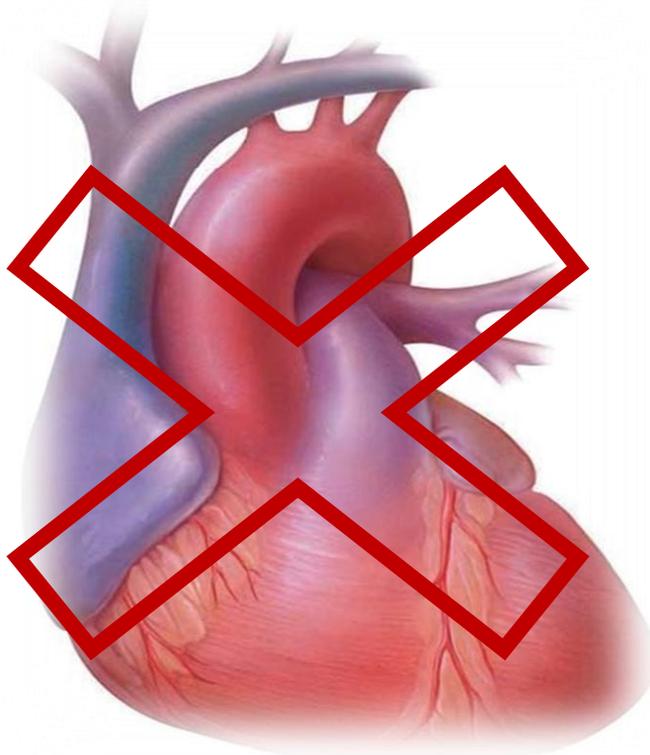
# ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas conocidas. No DM, no HTA, no HLP.
- Colonoscopia en 2010 → hemorroides externas e internas.
- Hábitos tóxicos:
  - **Fumador de 10 cigarrillos/día** desde los 18 años.
  - Consumo de **cannabis**.
  - **Ocasional** consumo de **cocaína** (última vez hace 2 meses).
- No tratamiento habitual.



# ANTECEDENTES FAMILIARES

- No antecedentes de cardiopatía.



# PUNTOS CLAVES

**5 – 20%**  
de  
urgencias

**20 – 40 %**  
población

**DTA**

**Factores de  
riesgo**

1. Factores R CV
2. ATS
3. Características del dolor

# \*Factores de riesgo CV

Modificables

HTA

Hipercolesterolemia

Tabaquismo

Obesidad

Diabetes

No modificables

Edad

Sexo masculino

AF enf. ATS

# \*Características del dolor



# EXPLORACIÓN FÍSICA

<b>GENERAL</b>	BEG. Consciente y orientado. Normocoloreado/hidratado. Bien perfundido. Eupneico en reposo.
<b>CABEZA Y CUELLO</b>	No IY. No adenopatías. Carótidas sin soplos.
<b>AC</b>	RsCsRs sin soplos ni roces.
<b>AP</b>	MVC
<b>ABDOMEN</b>	Blando, depresible, no doloroso a la palpación.
<b>EEII</b>	No edemas. No signos de TVP.
<b>DOLOR</b>	Palpación espacio subacromial. Appley superior negativo. Rotación externa limitada.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



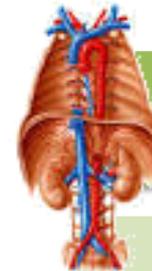
## Cardíaco

- Angina, IAM, espasmo, cocaína.
- Htpulmonar, pericarditis, prolapso mitral...



## Pleuro-pulmonar

- TEP
- Neumonía
- Pleuritis
- Neumotórax
- ...



## Vascular

- Disección de aorta



## Gastrointestinal

- Úlcera
- Pancreatitis
- Colecistitis
- Espasmo esofágico ...



## Músculo esquelético

- Osteocondritis
- Fracturas costales
- Espondiloartrosis



## Psicógeno

- Ataque pánico
- Ansiedad e hiperventilación
- Simulación

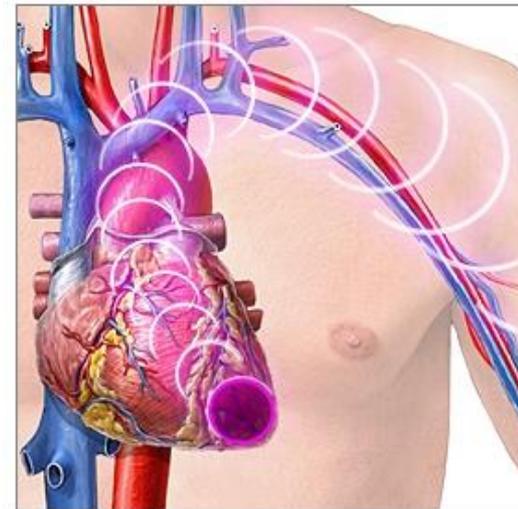


## Origen cardíaco

### Angina estable

---

- Opresión retroesternal (o interescapular).
- 2 -10 minutos.
- Irradiación: mandíbula, hombros, brazos, espalda, mandíbula, epigastrio...
- No modificaciones con postura o respiración.
- Cede con reposo o administración de NTG





## Origen cardíaco

### SCA

---

- Síntomas similares o idénticos.
- **Mayor intensidad y duración.** (> 10 min.)
- Síntomas parasimpáticos: sudoración, n/v, malestar epigástrico...
- **Alivio transitorio o nulo con la admón. de nitroglicerina.**

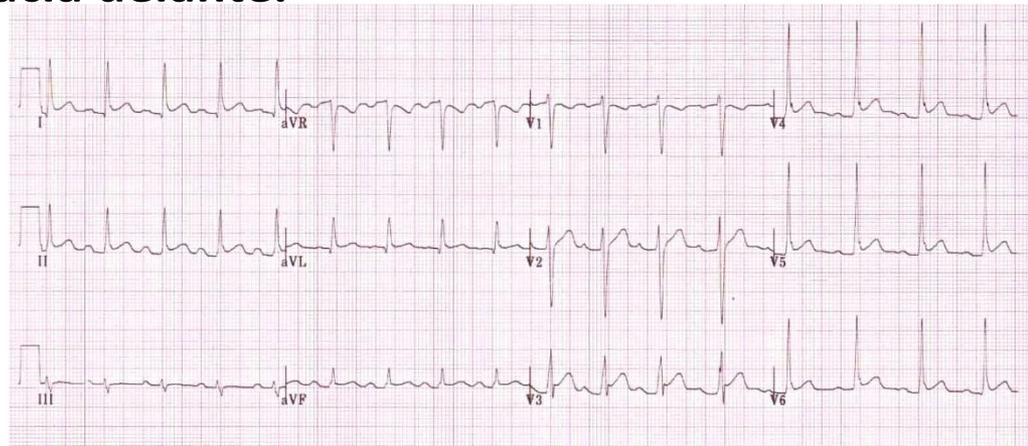
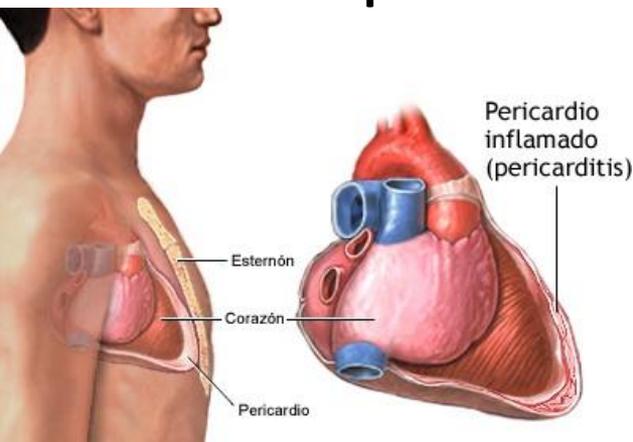


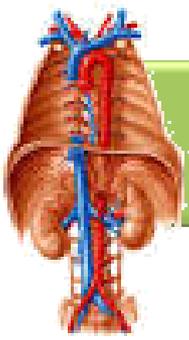


# Origen cardíaco

## Pericarditis

- Inicio insidioso → días o semanas.
- Urente, quemante o lancinante.
- Región retro esternal y base pulmonar izquierda.
- Irradiación frénica: supraclaviculares, cuello...
- Exacerbación con movimientos respiratorios, tos o hipo.
- **Desaparición al inclinarse hacia delante.**

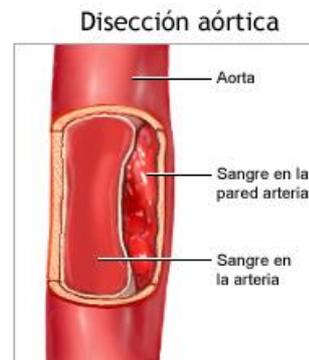
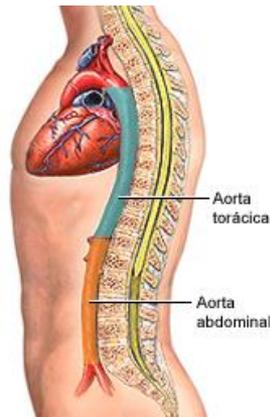


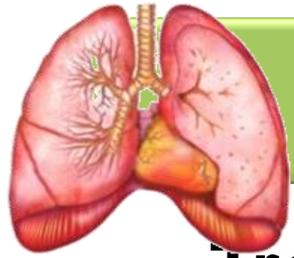


## Origen vascular

# Disección de aorta

- **Desgarrante o lancinante.**
- En zona anatómica de disección.
- Buscar presencia de **pulsos**.
- Presencia de signos neurológicos por compromiso tronco braquiocefálico o carótida izquierda.
- Soplo diastólico Ao → disección a nivel valvular.

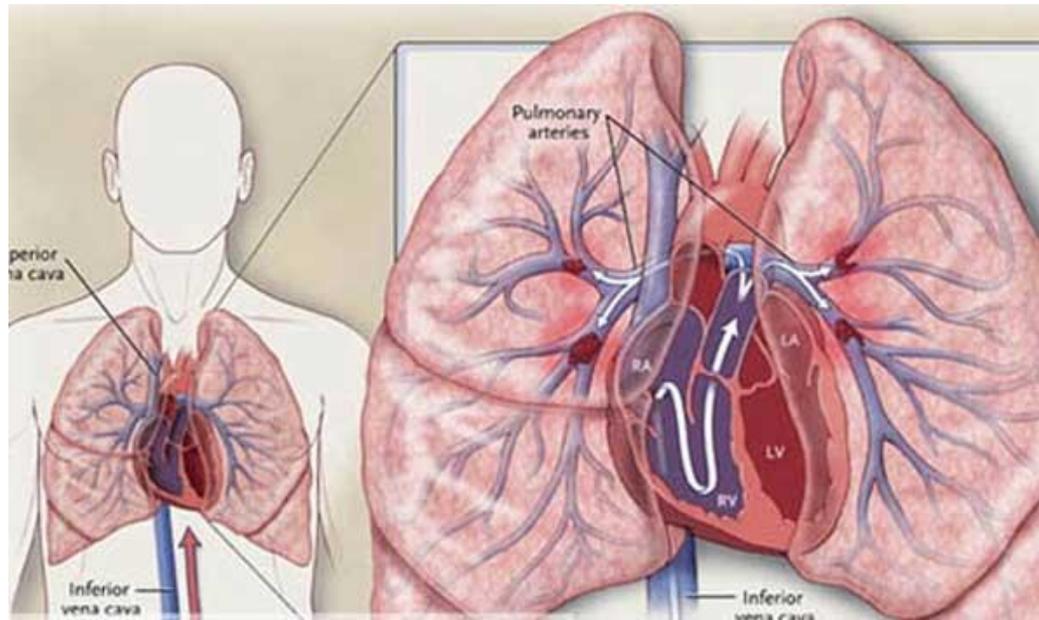




## Origen pleuropulmonar

# Tromboembolismo pulmonar

- Inicio brusco.
- Duración minutos – horas.
- Disnea, taquipnea, esputo hemoptoico.





## Origen pleuropulmonar

# Tromboembolismo pulmonar – Escala Wells

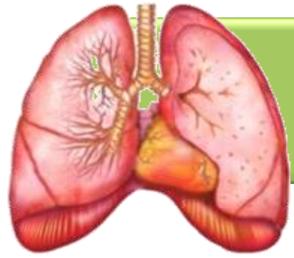
• Signos o síntomas de Trombosis Venosa Profunda	3
• Otros diagnósticos son menos probables que TEP	3
• Frecuencia Cardíaca mayor o igual que 100	1,5
• Inmovilización > 3 días o Cirugía en las últimas 4 semanas	1,5
• Diagnóstico previo objetivo de TEP o TVP	1,5
• Hemoptisis	1
• Enf. neoplásica en tratamiento en los últimos 6 meses o cuidados paliativos	1



## Origen pleuropulmonar

# Tromboembolismo pulmonar

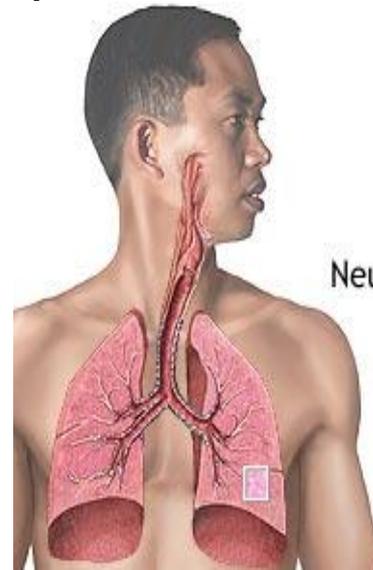




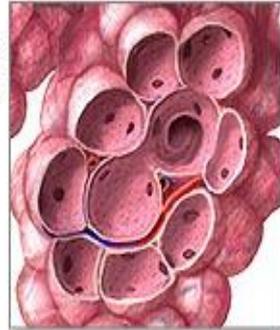
## Origen pleuropulmonar

# Neumonía / pleuritis

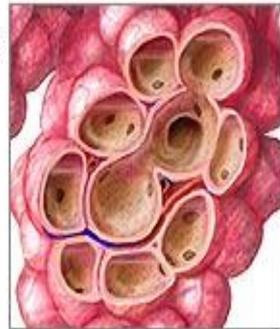
- Instauración lenta y progresiva.
- Tos, fiebre, estertores, crepitantes.
- Dolor punzante.
- Aumento del dolor a la inspiración profunda.



Alvéolos  
normales



Neumonía





## Enfermedades digestivas

- Dolor esofágico (por obstrucción, reflujo o espasmo)
- Dolor por reflujo: empeora en decúbito y con AINES
- Espasmo esofágico
- Pancreatitis, colecistitis: molestias aumentan con palpación y se modifican con postura e ingestas



## Procesos neuromusculares

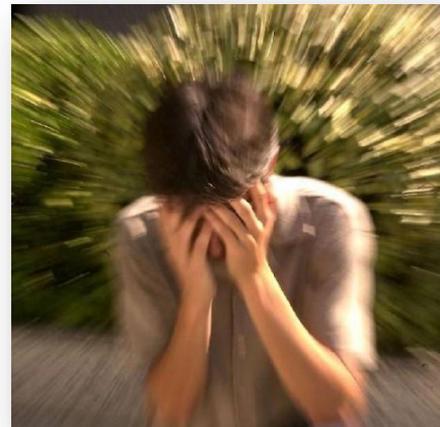
- Punzante, precordial, constante o intermitente
- Reproducción con la palpación

<b>Tieze - costocondritis</b>	<b>Enrojecimiento, inflamación</b>
Artropatías columna cervical	Larga duración
Herpes zóster	Dolor urente, dermatomas

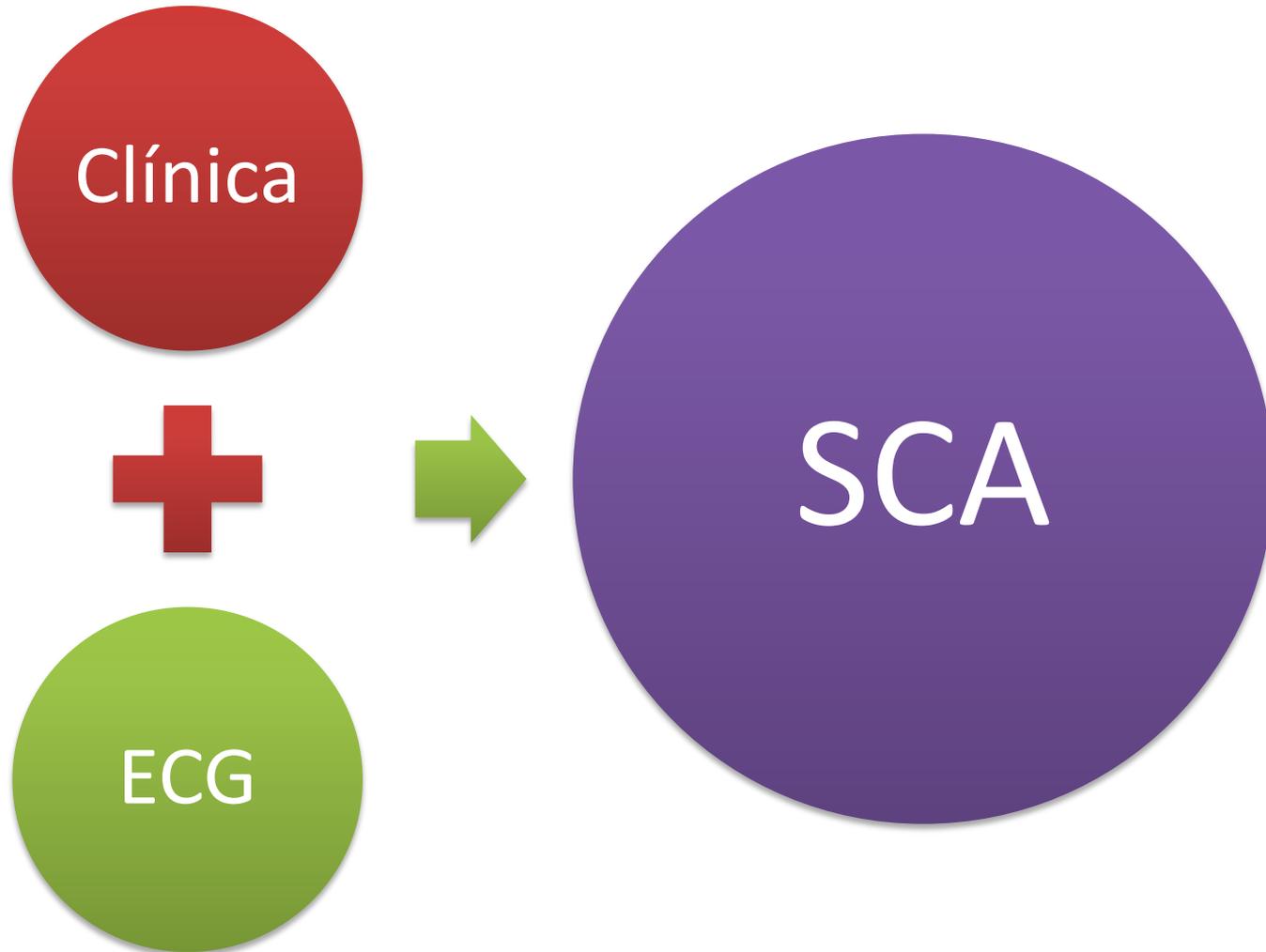


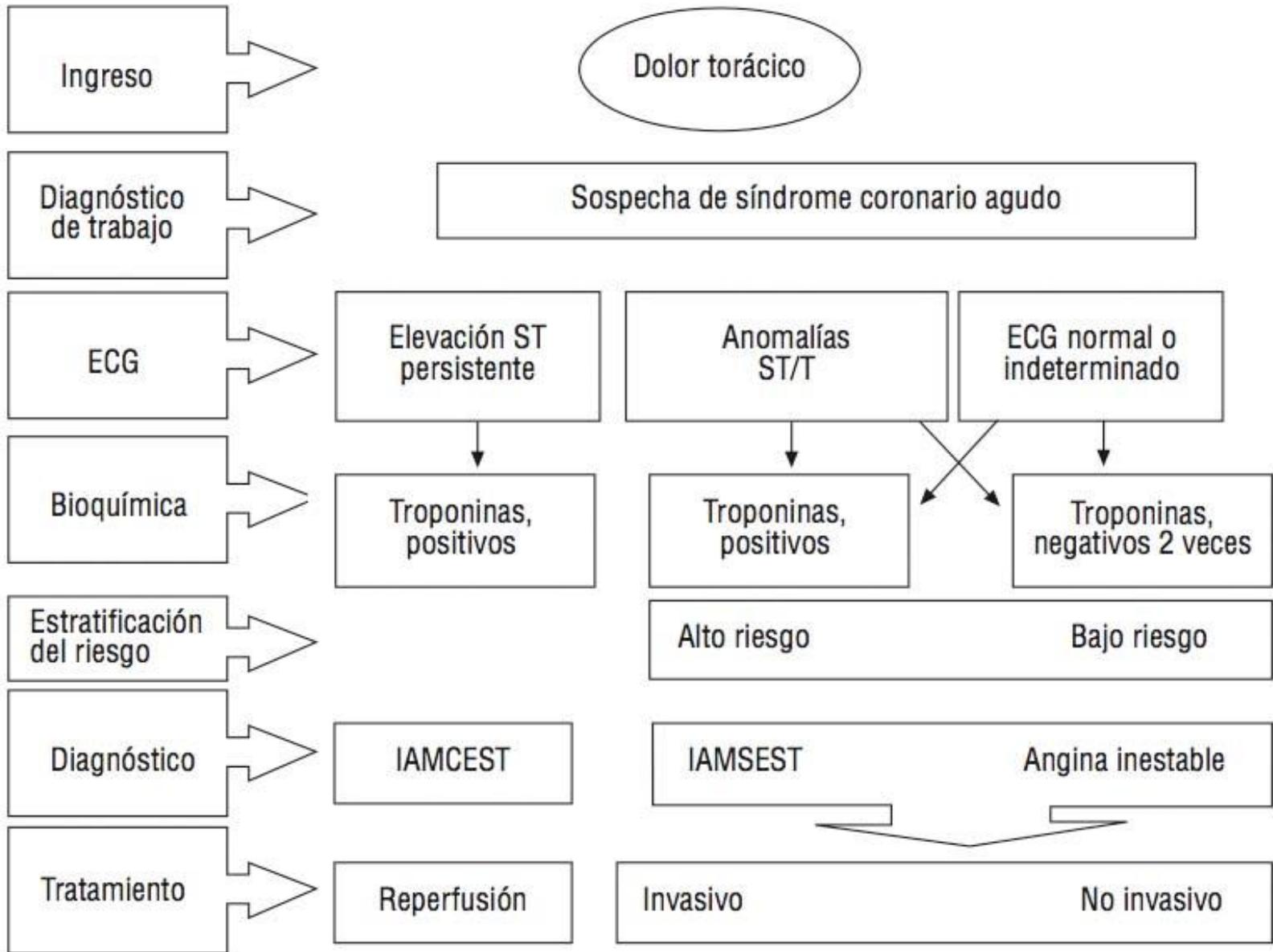
## Psicógeno

- Pinchazos precordiales.
- Segundos de duración.
- Aumento con inspiración profunda.
- Mejora con maniobras de distracción.
- Crisis de ansiedad – opresivo de minutos u horas.



# DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA





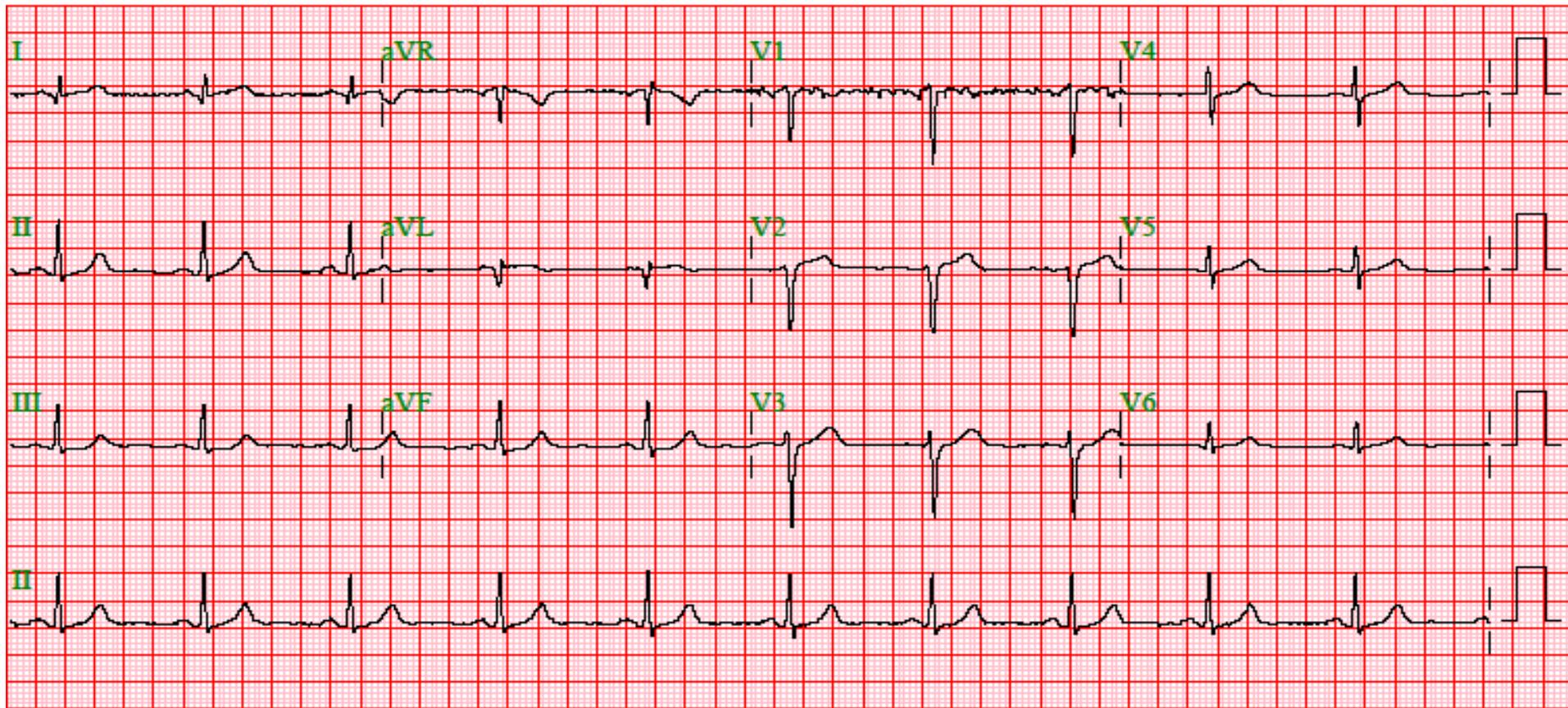
Frec. 61  
PR 168  
QRSd 92  
QT 416  
QTc 419

Ejes

P 61  
QRS 83  
T 61

área: URGEN

Gananc. derivs. no estánd



# PRUEBAS LABORATORIO

## Hemograma

- Hb 14.7
- Hcto 44
- Leucos 8600
- Plaquetas 311 000

## Coagulación

- TP
- INR Normales
- TTPA

## Bioquímica

- Cr 0.89
- Urea 31
- Na, K Normal
- Glucosa 99
- GOT/GPT Normal
- PCR 1

## GV

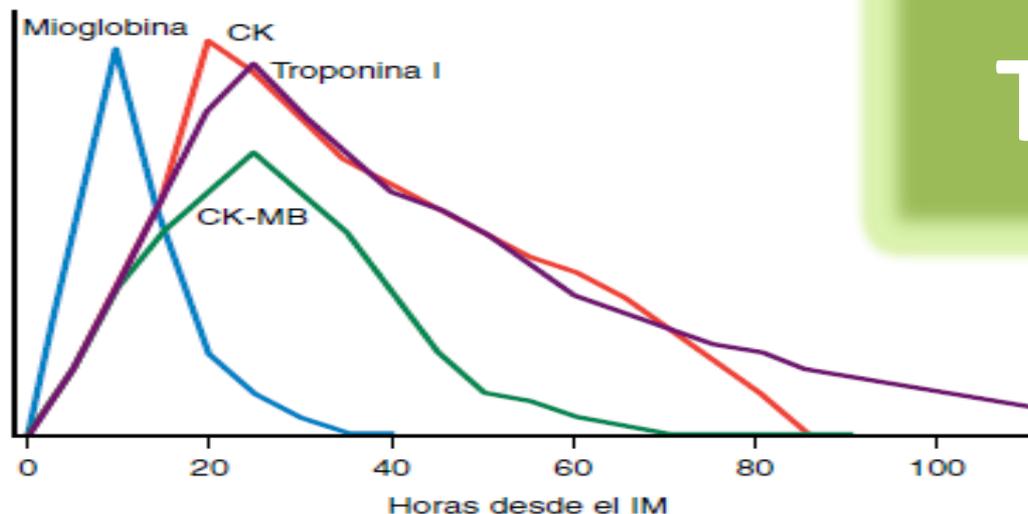
- pH 7.35
- pCO2 40
- pO2 35
- HCO3 22
- SatO2 64%

## MDM

- TnT 33.6 → 112.1
- CPK 109 → 173
- Mb 22 → 73

# MARCADORES DAÑO MIOCÁRDICO

- Mayor especificidad y sensibilidad
- Estratificación del riesgo
- Repetir: 6-12 h y tras dolor
- No debe retrasar el tto de reperfusión



TnT us



## KILLIP

**Clase I**

Infarto no complicado

**Clase II**

IC moderada (estertores, S3, TQC)

**Clase III**

EAP

**Clase IV**

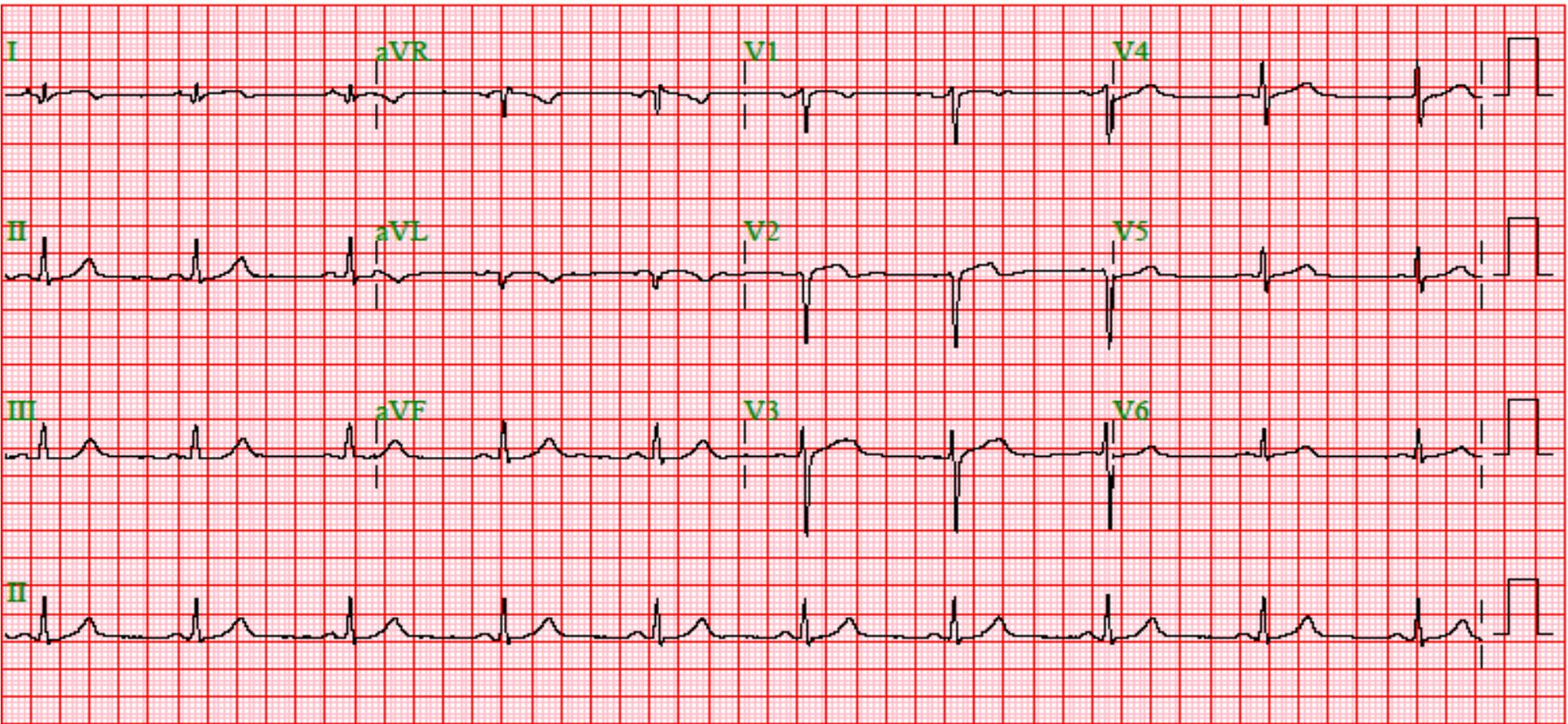
Shock cardiogénico

Frec. 58  
PR 156  
QRSd 90  
QT 448  
QTc 441

Ejes  
P 60  
QRS 93  
T 81

área: URGEN

Gananc. derivs no estándar



# SCASEST

Clínica

Cambios ECG

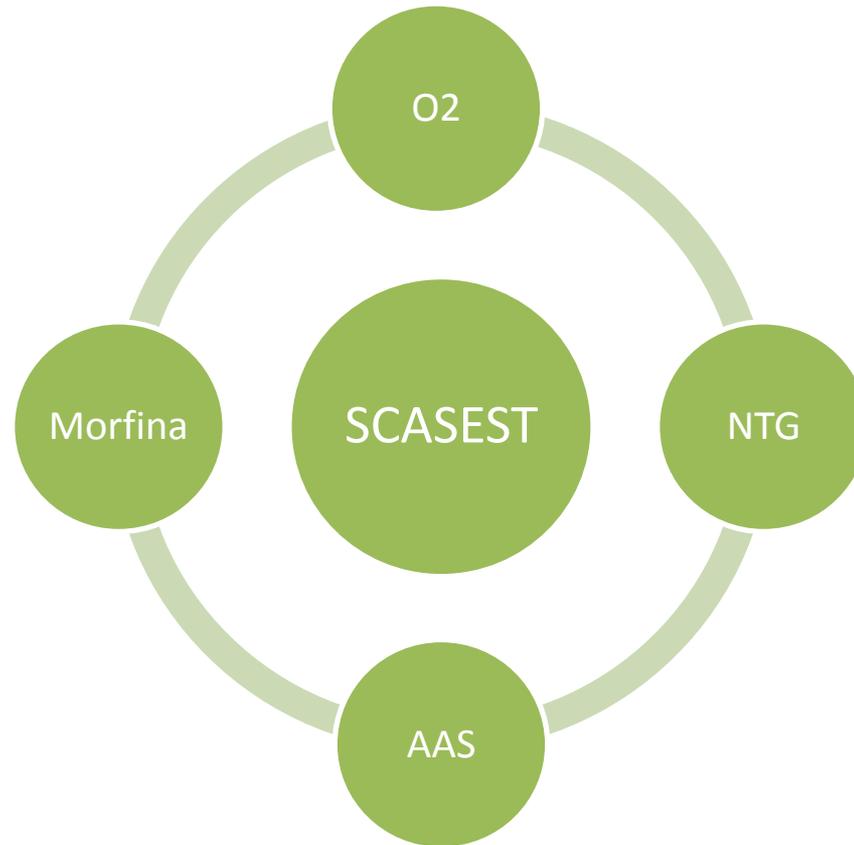
Elevación MDM

## OBJETIVO

Estabilización  
placa

Estratificación  
riesgo

# TIEMPO=MIOCARDIO



# ESTRATIFICACIÓN RIESGO

## ESCALA TIMI

Edad  $\geq$  65 años

$\geq$  FRCV (HTA, DM, HCL, tabaco, AF precoces)

Coronariopatía isquémica significativa (estenosis  $\geq$  50%)

AAS últimos 7 días

$\geq$  episodios angina últimas 24 h

Elevación MDM

Alteración ST  $\geq$  0.5 mm

## ESCALA CRUSADE

Edad  $\geq$  75 años

Mujer

Bajo peso

AP: ictus, hemorragia, Cx, neoplasias, IR, IH

HTA

ACO

**ALTO**

- **INVASIVO**
- UCI/Unidad coronaria

# CORONARIOGRAFÍA URGENTE

Sospecha  
ISQUEMIA

Presentación  
ATÍPICA

# CORONARIOGRAFÍA



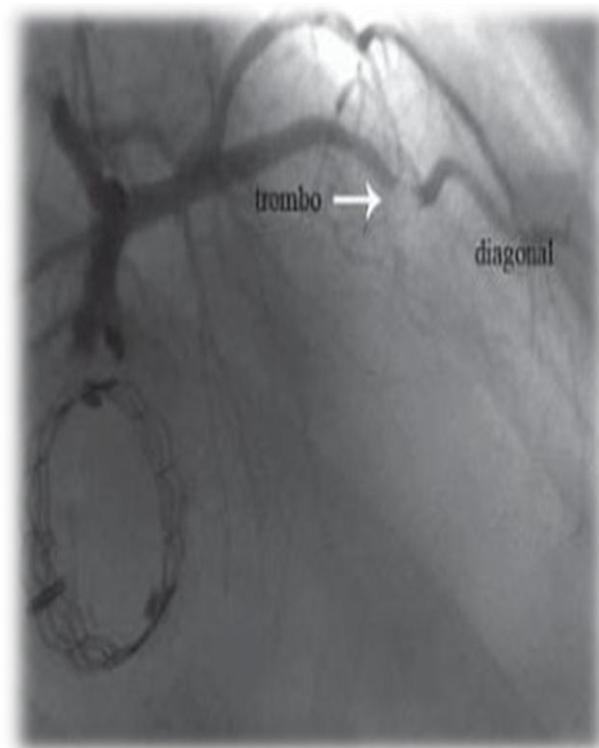
ESTENOSIS  
1ª  
DIAGONAL



ICP



STENT



# TERAPIA REPERFUSIÓN

## INDICACIONES

- SCACEST < **12 h**
- SCACEST > **12 h** + dolor/↑ ST/inestabilidad

## TIPO

### S-PCM

< 3 h

> 3 h

### PCM-HSP

< 90'

> 90'

ICP

FIBRINOLISIS

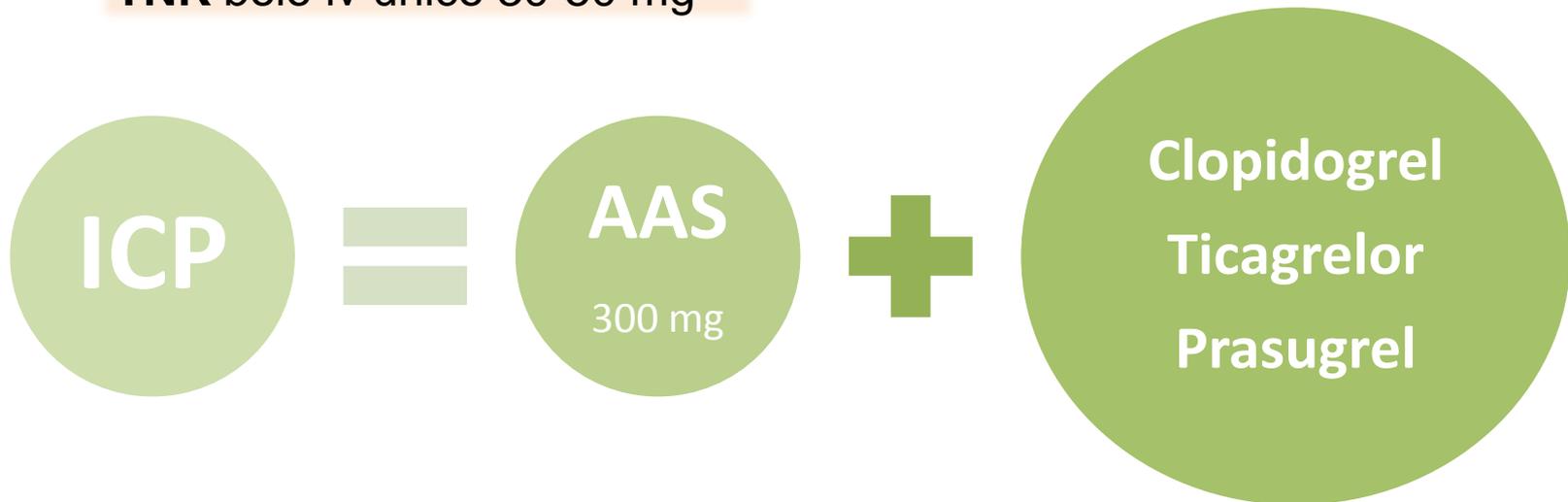
ICP

# ANTIAGREGACIÓN



PCM-aguja < 30'

TNK bolo iv único 30-50 mg



PCM-balón < 120' (<90')

# ANTICOAGULACIÓN

## ENOXAPARINA

### ICP

- Sala HD

### FL

- 1 mg/kg/12 h
  - 0.75 mg/kg/12 h
  - 1 mg/kg/24 h

## CLÍNICA

- Asintomático
- Estable HD

## ECG

- BDC sinusal 50 lpm
- Amputación R en V2
- T bifásica V2-V5
- ST elevado 2 mm V2-V3

## MDM

- **TnT**    **207.8**
- Mb       25

# CARDIOLOGÍA

## ECOCARDIOGRAMA

- FSVI límite inferior normal (FE 50%)
- Hipoquinesia severa cara anterior basal-medio-apical.

## ECG

- RS a 51 lpm
- Q patológica V2 con T negativa
- Q patológica I y avL con T negativa

SCACEST ANTERO-LATERAL ALTO KILLIP I

# CRITERIOS SCA

↑ ó ↓ MDM con  $\geq 1$  de:

Síntomas de isquemia

Cambios ST-T ó BRIHH nuevo

Ondas Q

Miocardio hipoquinético/inviabile

Trombo intracoronario

# TRATAMIENTO

**AAS 100 mg +  
Clopidogrel  
75 mg**

**Atorvastatina  
40 mg**

**Ramipril 2.5  
mg**

**NTG sl**

**Pantoprazol  
20 mg**

ADEMÁS...

Dieta ↓CL

NO tabaco

Ejercicio suave



# Bibliografía

- L. JIMÉNEZ MURILLO Y F.J. MONTERO PÉREZ. *Medicina de Urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y de actuación*. 4ª Edición.
- M.J. VÁZQUEZ LIMA Y J.R. CASAL CODESINO. *Guía de actuación en Urgencias*. 3ª Edición.
- S. Cabrara, I. Serrano et al. "PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE DOLOR TORÁCICO AGUDO EN URGENCIAS. UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO." *Medicine* 2009; 10 (37) 2511-14.
- L.M. Gigueires-Graillet, M. Martínez Selles. "DOLOR TORÁCICO AGUDO." *Medicine* 2011; 10 (87) 5863-8
- CÓDIGO INFARTO RIOJA C.I.R. .PLAN DE ATENCIÓN AL IAM(CON ELEVACIÓN DEL ST): IAMCEST. PROGRAMA ICP PRIMARIA. Comunidad autónoma de La Rioja. Gobierno de La Rioja. Servicio riojano de Salud.

**¡MUCHAS GRACIAS!**

