

Angina de pecho

Joel Martin Rabasco

Síntoma principal de la isquemia miocárdica.

Según forma de presentación e intensidad:

- Angor estable:
 - Angor de esfuerzo que se repite bajo las mismas características.
Según grado de esfuerzo:
 - Grado I o de grandes esfuerzos.
 - Grado II o de medianos esfuerzos.
 - Grado III o de pequeños esfuerzos.
 - Grado IV o de mínimos esfuerzos.
- Angor inestable:
 - Evolución incierta.
 - Puede llegar a IAM en las próximas h o días.
 - Incluye:
 - Angor de inicio: Menos de 1 mes desde su presentación.
 - Angor progresivo: El que aumenta de intensidad o disminuye su frecuencia o disminuye el umbral de esfuerzo.
 - Angor prolongado: Crisis de mas de 20 min de duración.
 - Angor de reposo.
 - Angor vasoespástico: Angina, generalmente de reposo, que cursa con:
 - Elevación del segmento ST durante dolor normalizándose al calmar el dolor, espontáneamente o con nitroglicerina.

CLASIFICARIAMOS LA ANGINA SEGÚN:

- Severidad:
 - Angina reciente o progresiva.
 - Angina de reposo en el último mes.
 - Angina de reposo en las últimas 48h.
- Desencadenantes:
 - Secundaria a procesos extracardíacas.
 - Primaria.
 - Post IAM.
- Tratamiento necesario:
 - Sin tratamiento.
 - Con tratamiento estándar
 - Con tratamiento máximo.

DIAGNÓSTICO

El angor es un diagnóstico clínico.

- Dolor sugestivo.
- Irradiación.
- Vegetatismo.
- Duración generalmente inferior a 20 min.

Importante obtención ECG durante → DOLOR.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Neurosis cardíaca.
- Esofagitis.
- Úlcera péptica.
- Litiasis biliar.
- Colecistitis y pancreatitis.
- Dolor:
 - Articular.
 - Costoesternal.
 - Escapulohumeral.
 - Cervicoartrosis.
 - Neumotórax.
 - Tromboembolismo pulmonar.
 - Pericarditis.
 - Disección aórtica.

En caso de duda, plantearse la patología más grave.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- ECG.
- Analítica:
 - Hemograma.
 - Glucemia.
 - Urea.
 - Ionograma.
 - Si dolor + 6h
 - CK-MB.
 - Si dolor + 24-36h
 - Determinar LDH1.
- RX Tórax
 - En aparato portátil si paciente:
 - Inestable.
 - Sospecha IAM.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Individualizar cada paciente valorando:

- Factores de riesgo cardiovascular.
- Tipo de angina.
- Factores desencadenantes.
- Cambios en el electrocardiograma.
- Tratamiento de paciente.

Así se pueden clasificar a los pacientes en:

- Riesgo bajo:
 - Angor estable grados I, II, III
 - Angor inicial
 - Angor progresivo de grados I y II.
- Riesgo moderado:
 - Angor estable grado IV.
 - Angor inicial o progresivo grado III.
- Riesgo alto:
 - Angor inicial o progresivo grado IV.
 - Angor prolongado.
 - Angor de reposo.
 - Angor que produce trastornos hemodinámicos:
 - Hipotensión arterial.
 - Insuficiencia ventricular izquierda.

CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR BRAUNWALD

- Bajo riesgo:
 - Angina grave:
 - Reciente.
 - Progresiva.
 - Secundaria a procesos extracardíacas y no necesitan tratamiento.
- Riesgo moderado:
 - Angina de reposo en último mes, son desencadenantes secundarias y necesitan tratamiento estándar.
- Riesgo alto:
 - Angina de reposo en las últimas 48h.
 - En desencadenate sea post IAM y necesite tratamiento máximo.

TRATAMIENTO

Es esencial y prioritario calmar el dolor.

- Calmar el dolor:
 - Nitroglicerina sublingual; si no cediese en menos de 5 min:
 - Nitroglicerina i.v y oxígeno al 24%
 - Si persistiese el dolor o fuera muy intenso:
 - Mórfo por vía i.v:

- 10 mg de morfina en 10ml de SF administrado de 3 en 3 mg vigilando TA y respiración.
- Tratamiento de base
 - Aumentar el aporte de oxígeno con:
 - Vasodilatadores:
 - Actúan sobre el espasmo disminuyen las resistencias y mejoran el flujo.
 - Nitratos.
 - Antagonistas del calcio.
 - Antiagregantes y anticoagulantes
 - Actúan sobre la trombosis.
 - Ácido acetilsalicílico → CONTRAINDICADO → Heparina
 - Ticlopidina.
 - Disminuir el consumo de oxígeno:
 - Disminuyendo:
 - FC.
 - TA.
 - Volumen cardíaco.
 - Contractibilidad.
 - Mediante empleo de:
 - Betabloqueadores.
 - Antagonistas del calcio.
 - Nitratos.
 - Actuar sobre los factores desencadenantes.
 - Tabaquismo.
 - Diabetes Mellitus.
 - HTA.
 - Dislipemia...

TRATAMIENTO SEGÚN RIESGO

- Pacientes de bajo riesgo:
 - Betabloqueadores → CONTRAINDICADOS → Antagonistas del calcio.
 - Nitratos.
 - Ácido acetilsalicílico.
 - Recomendaciones en cuanto a factores del riesgo y actividades físicas.
- Pacientes de riesgo moderado:
 - Nitratos p.o o transdérmicos.
 - Betabloqueadores.
 - Antagonistas el calcio.
 - Ácido acetilsalicílico.
 - Tranquilizantes.
 - Protectores de la mucosa gástrica.
- Pacientes de riesgo alto:
 - Nitroglicerina de i.v.
 - Heparina Na en perfusión.
 - Oxígeno.
 - Ácido acetilsalicílico.

- Betabloqueadores.
- Antagonistas del calcio.
- Tranquilizantes.
- Protectores de la mucosa gástrica.

Los pacientes con angina vasoespástica deben recibir tratamiento con antagonistas de calcio.

- Pacientes con IAM:
 - Ácido acetilsalicílico.
 - Se debe dar de inmediato: forma de absorción rápida:
 - Comprimidos masticados.
 - Desleidos.
 - Oxígeno.
 - Tranquilizantes.
 - Protectores de la mucosa gástrica.

Los pacientes con infarto transmural (Sin onda Q) y sin signos de IC tratamiento con: DILTIAZEM.

- Trombólisis sistémica:
 - rt-PA (alteplase):
 - Pacientes de menos de 75 años de edad.
 - Menos de 6h de evolución.
 - Con IAM anterior.
 - IAM inferior con extensión lateral y posterior.
 - IAM anterior extenso de mas de 6h de evolución pero menos de 12 h.
 - Estreptocinasa:
 - Si evolución inferior a 4 h.
 - IAM inferior o lateral.

Antes de iniciar tener en cuenta:

- Contraindicaciones.
- Pautas de tratamiento.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CORONARIO EN URGENCIAS

- Sospecha de isquemia miocárdica → Paciente prioritario.
 - Colocar vía venosa y extraer sangre para analítica.
 - Practicar ECG.
 - Iniciar tratamiento para calmar el dolor.
 - Evaluación:
 - Reinterrogar al paciente.
 - Exploración física.
 - Revisión ECG.
 - Realizar RX Tórax.
 - Revisar analítica.
 - Orientación diagnóstica.
 - Iniciar tratamiento.

