



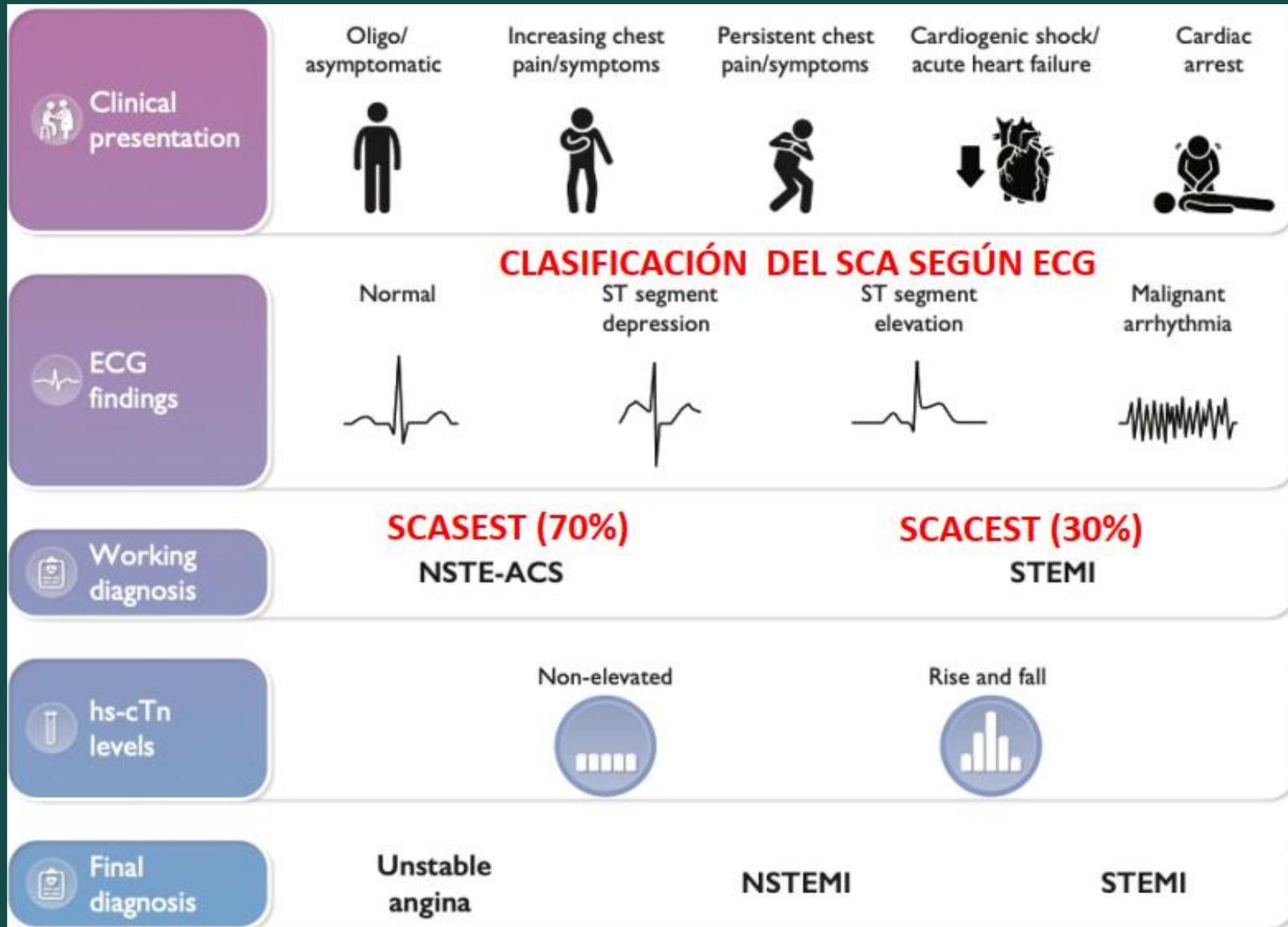
Urgencias  
cardiológicas:  
**CÓDIGO  
INFARTO**

Natalia Torrijos López

R4 Cardiología HUB.

Mayo 2024.

# ¿Qué es un SCA?



**Clinical presentation**

Oligo/  
asymptomatic



Increasing chest  
pain/symptoms



Persistent chest  
pain/symptoms



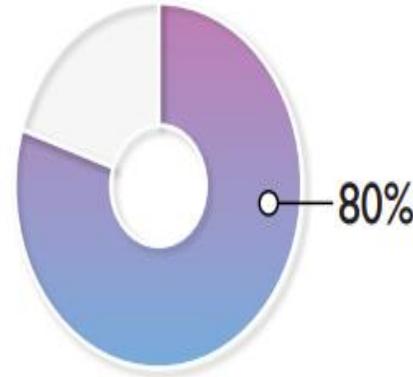
Cardiogenic shock/  
acute heart failure



Cardiac  
arrest



Chest pain  
or pressure



of women and men with ACS  
present with chest pain or pressure

**Anginoso**

Centrotorácico o  
epigástrico

Irradiado a brazo o  
a mandíbula

Opresivo, urente,  
desencadenado  
por esfuerzos o  
en reposo

Variable (< 20 min  
en dolor anginoso y  
> 20 min en caso de  
infarto)

Mejora con reposo  
o administración de  
nitroglicerina

Sudoración, náuseas  
malestar general,  
síncope, disnea, etc.

Diaphoresis



Epigastric pain/  
Indigestion



Shoulder/  
Arm pain



Other symptoms, like diaphoresis, indigestion/epigastric pain and shoulder/arm pain occur commonly in both women and men with ACS

Dizziness



Nausea/  
Vomiting



Jaw/Neck  
pain

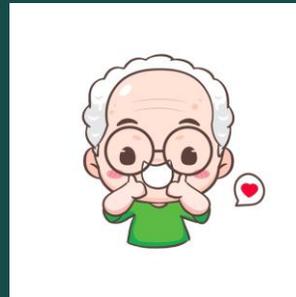
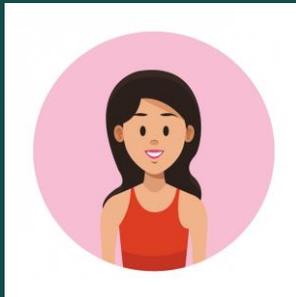


Shortness  
of breath



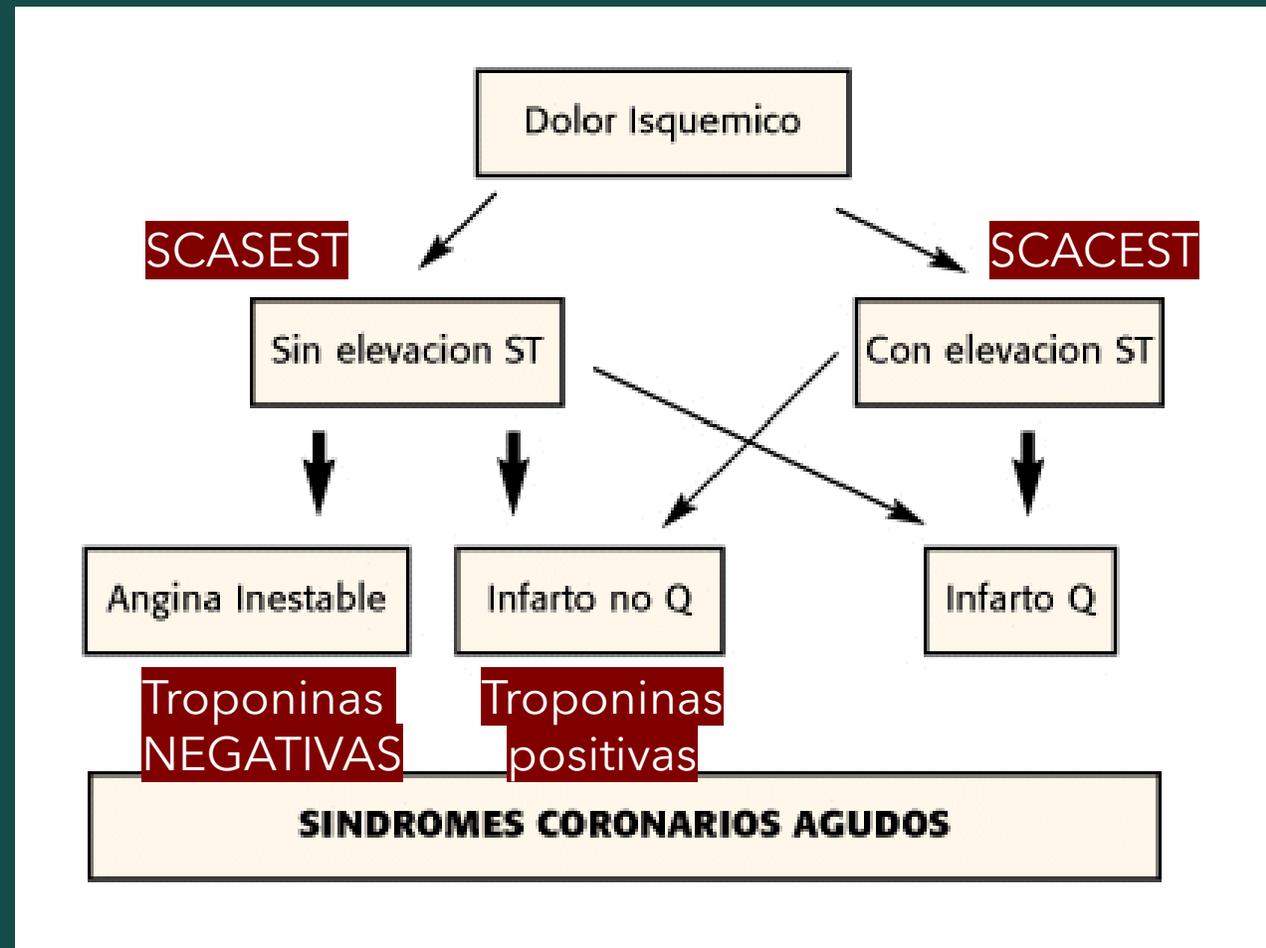
Some symptoms may be more common in women with ACS, including:

- Dizziness/Syncope
- Nausea/Vomiting
- Jaw/Neck pain
- Shortness of breath
- Pain between the shoulder blades
- Palpitations
- Fatigue



- Perfil de paciente (FRCV, riesgo).
- Características.
- ¿**Qué estaba haciendo** cuando ha tenido el dolor torácico?
- Duración. Continuo/discontinuo
- Episodios **previos** (reposo/esfuerzo)
- ¿Cómo le ha cedido?
- **Cambios en las características** de presentación.

- ▶ En reposo.
- ▶ Progresiva.
- ▶ Aparición en el último mes.



# CLASIFICACIÓN DEL SCA SEGÚN ECG



Normal



ST segment depression



ST segment elevation

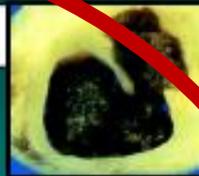


Malignant arrhythmia



## ECG < 10 Min

### SCA CON ELEVACIÓN ST



Erosión/rotura de placa

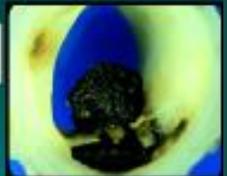
Plaquetas

Coagulación

Trombo Oclusivo

IAM CON ONDA Q  
MUERTE SÚBITA

### SCA SIN ELEVACIÓN ST



Erosión/rotura de placa

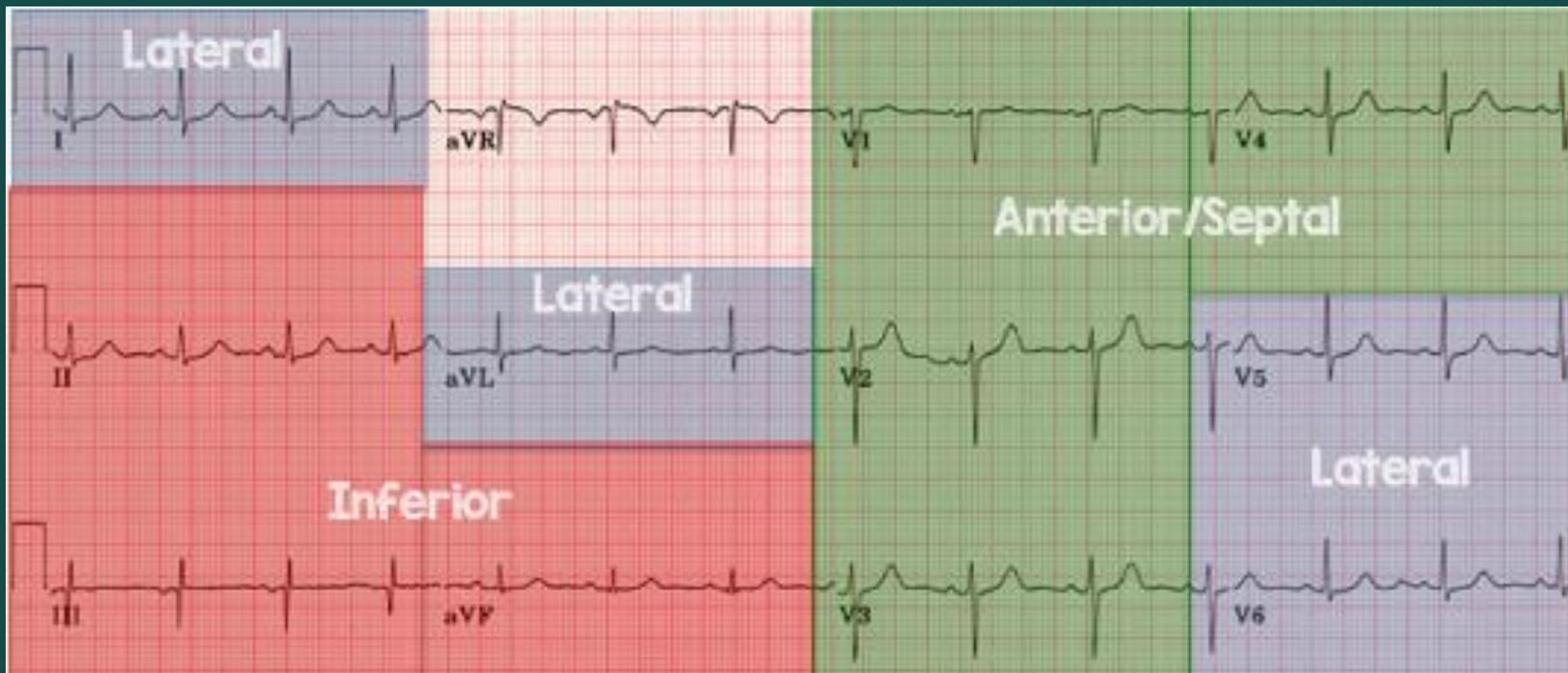
Plaquetas

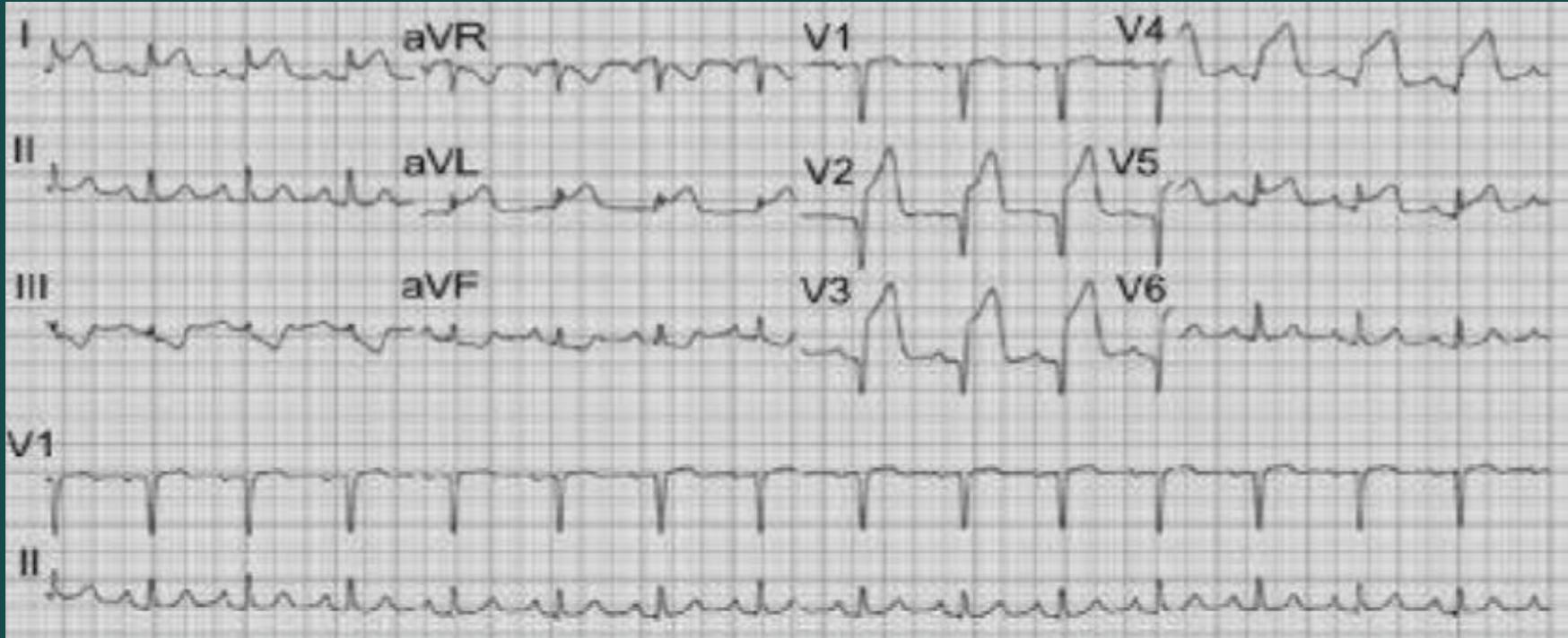
Coagulación

Trombo No Oclusivo

ANGINA INESTABLE  
IAM SIN ONDA Q

# SCACEST: elevación persistente ST (>20 min)





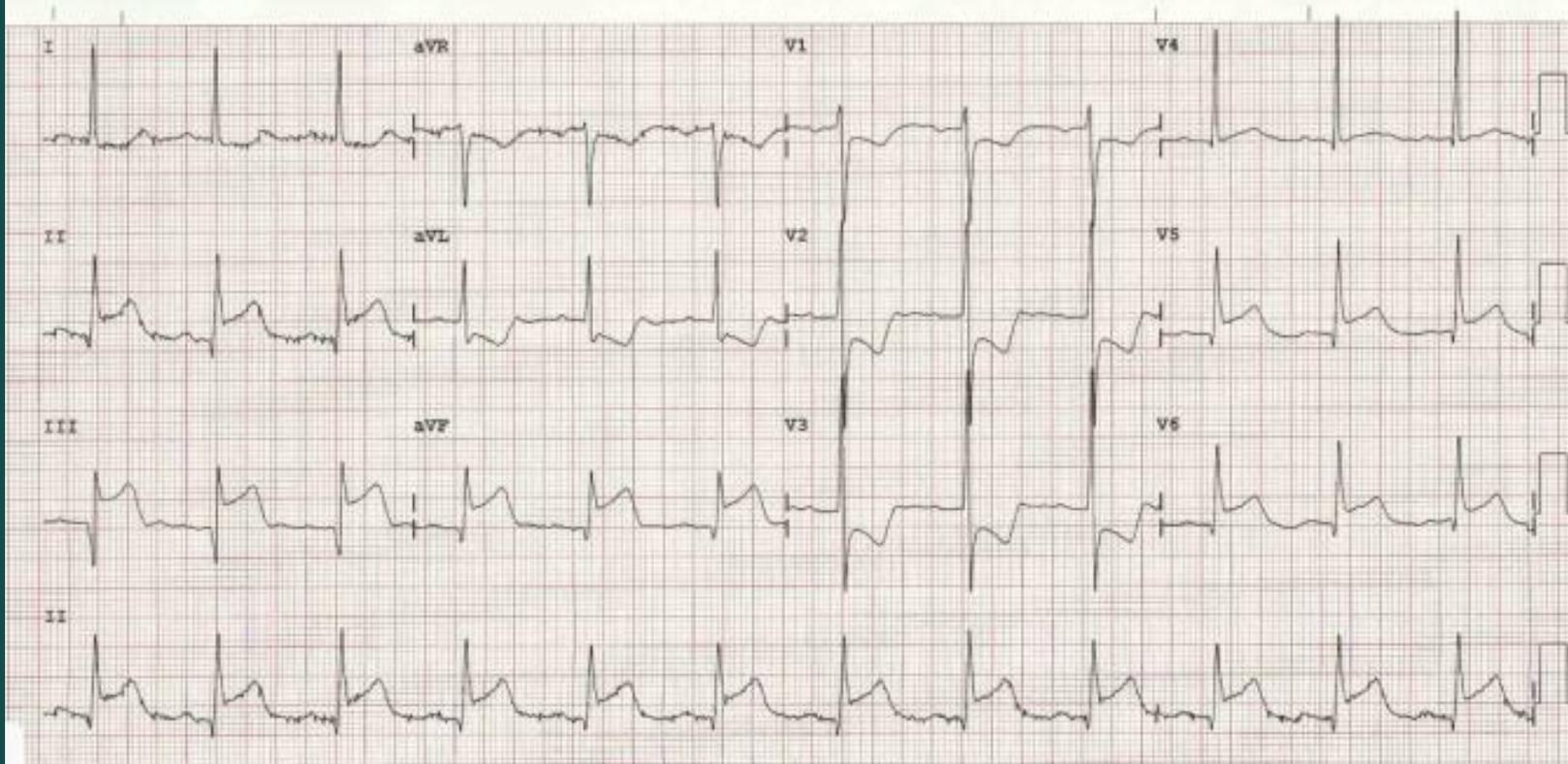
EDAD NO INTRODUCIDA, SE CONSIDERA 50 AÑOS PARA FINES DE INTERPRETACION DEL ECG  
 Frec. 72 . RITMO SINUSAL.....eje P normal, frec.V 50- 99  
 PR 224 . BLOQUEO AV DE PRIMER GRADO.....PR >210, frec.V 50- 90  
 DQRS 103 . INFARTO INFEROPOSTERIOR, AGUDO.....ST >0,10 II III aVF, <-0,05 en V1-V4  
 QT 452  
 QTc 495 . DERIVACIONES LATERALES TAMBIEN INVOLUCRADAS.....Q lat o cambios en ST-T

--EJES--  
 P 26  
 QRS 49  
 T 93

Area: SCIO. URGENCIAS

- ECG ANOMALO -

Diagnóstico sin confirmar



Equipo:

Veloc.: 25 mm/s

Miemb: 10 mm/mV

Prec.: 10 mm/mV

F 50~ 0,5-150 Hz W

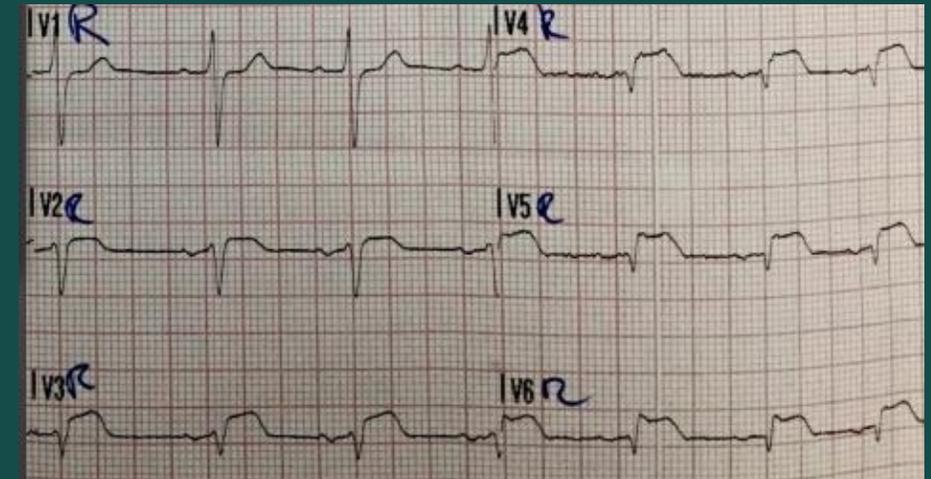
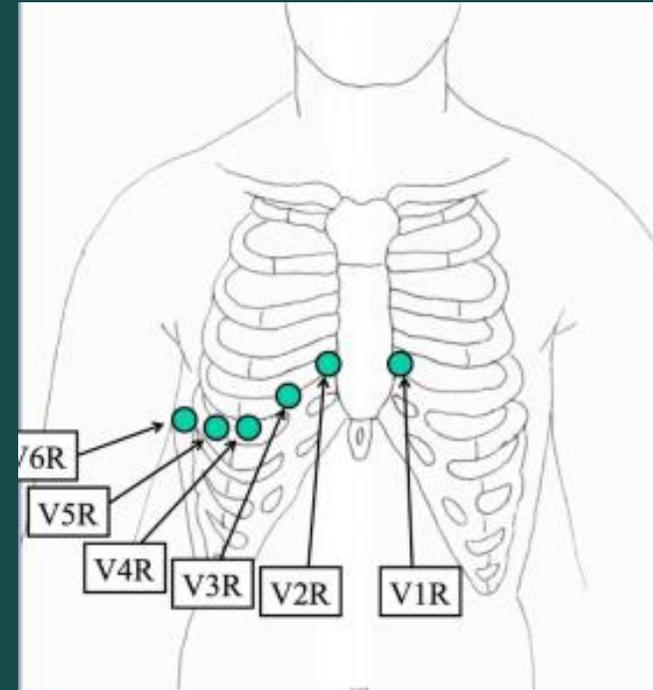
PROBDA

P?



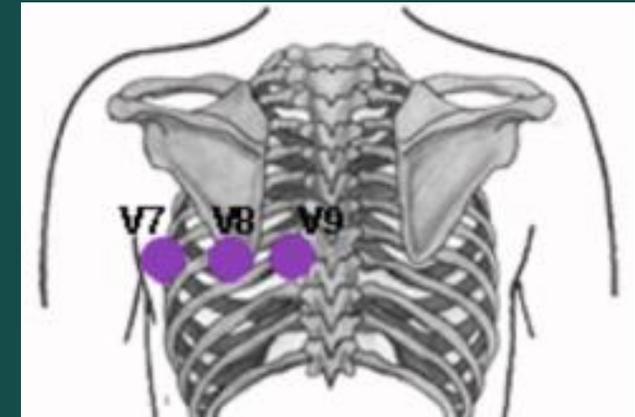
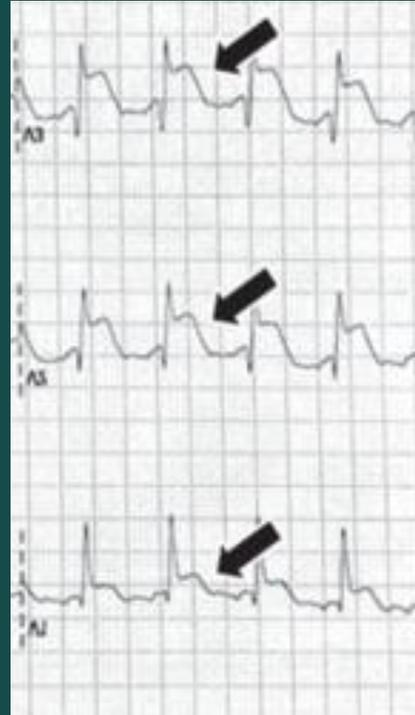
Si el paciente está estable → V3R y V4R.

¡Riesgo de bloqueo AV y cuadro vagal! →  
Administrar volumen y **cuidado NTG**.

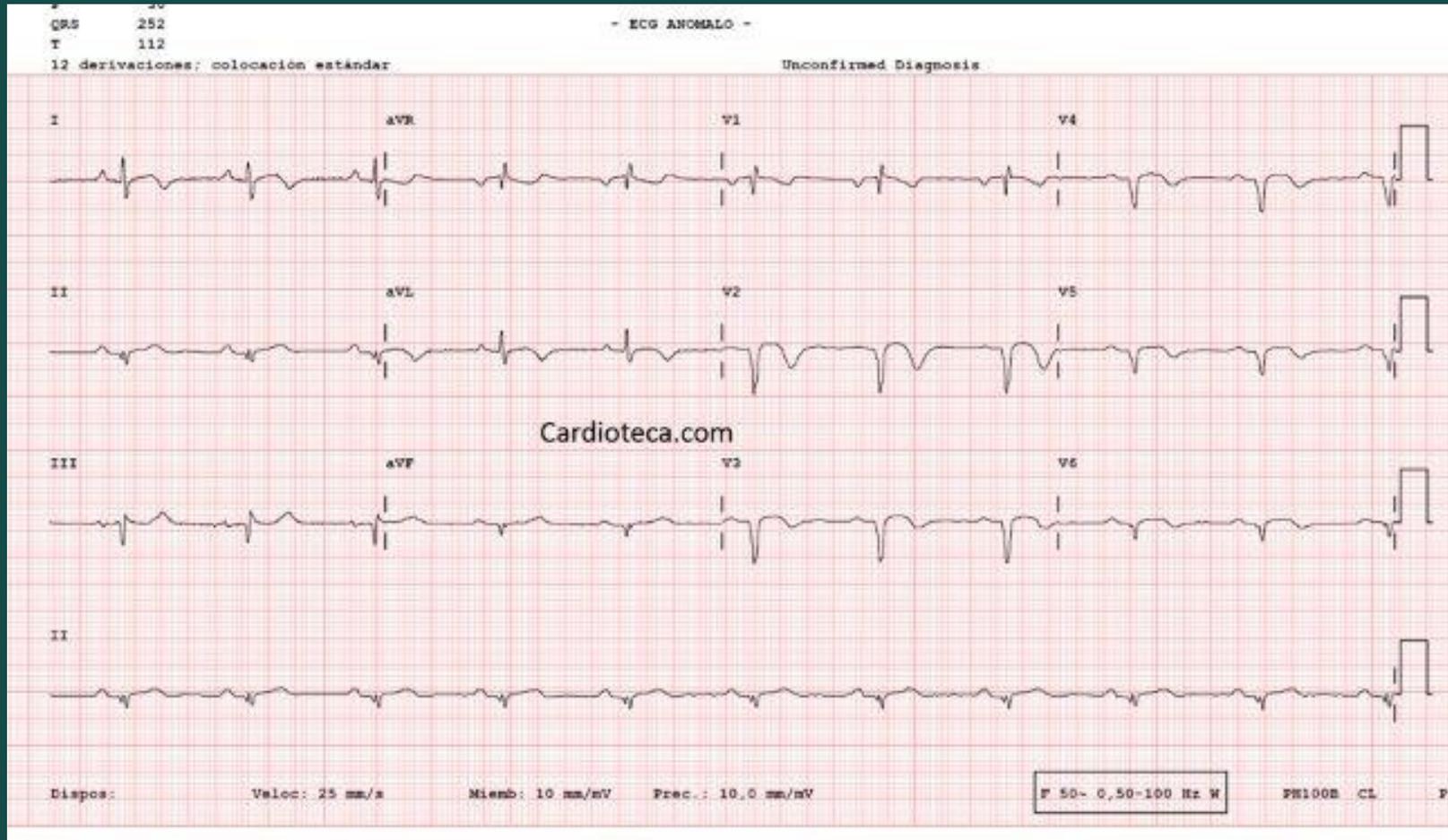


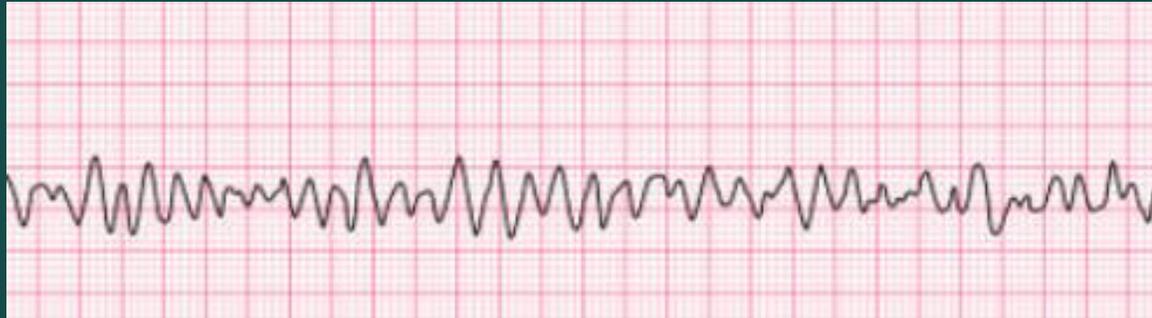
Hay que buscar el descenso especular (I y aVL).

# SCACEST



También si en V1-V3 → IAM con probable componente posterior.

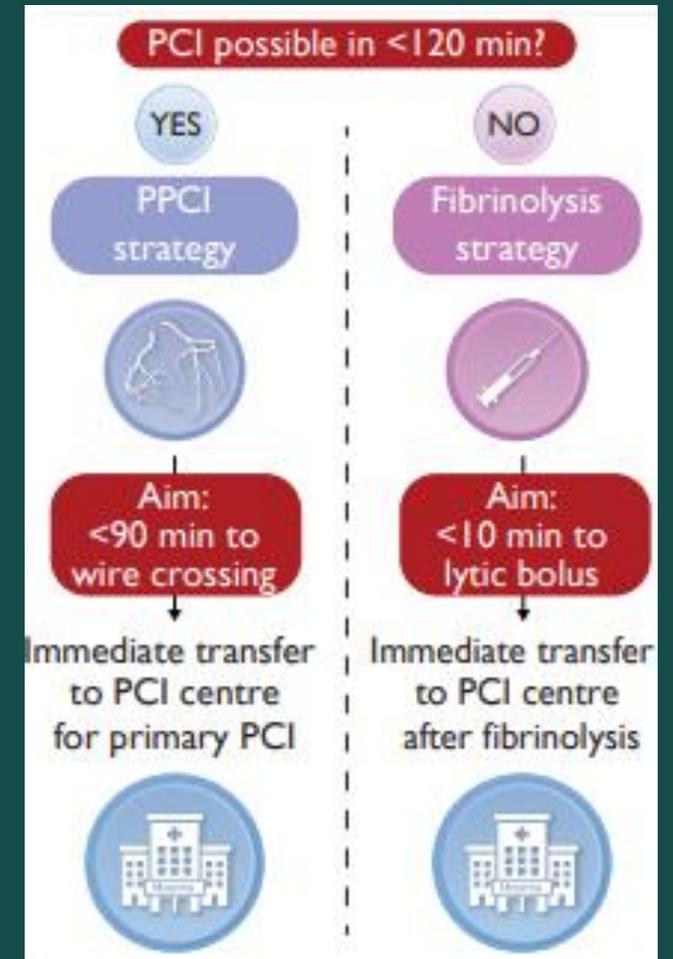




- SALA DE PARADA: **MONITORIZACIÓN!!!!**
- CONSTANTES VITALES
- **DEFIBRILADOR PREPARADO**
- LLAMAR A ADJUNTO + CARDIOLOGÍA

→ CARGA DE DOBLE ANTIGREGACIÓN  
+/- OTROS FÁRMACOS

**NO** SE ESPERA A LA ANALITICA (TROPONINAS)



- ≤ 75 años: Dosis de carga de 600 mg en combinación con ASS.
- > 75 años: Dosis de carga de 300 mg en combinación con ASS.

## Aspirina

Carga 150-300 mg V.O.  
Mantenimiento 75-100 mg/día

## Clopidogrel

ICP:

Carga 600 mg V.O.

Trombolisis:

Carga 300 mg V.O.

Mantenimiento 75 mg/día

## Prasugrel

ICP:

Carga 60 mg V.O.

Mantenimiento 10 mg/día

<60 kg peso dar 5 mg/día

## Ticagrelor

ICP:

Carga 180 mg V.O.

Mantenimiento 90 mg c/12 h



# CLASIFICACIÓN DEL SCA SEGÚN ECG



Normal



ST segment depression



ST segment elevation

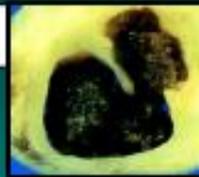


Malignant arrhythmia



## ECG < 10 Min

### SCA CON ELEVACIÓN ST



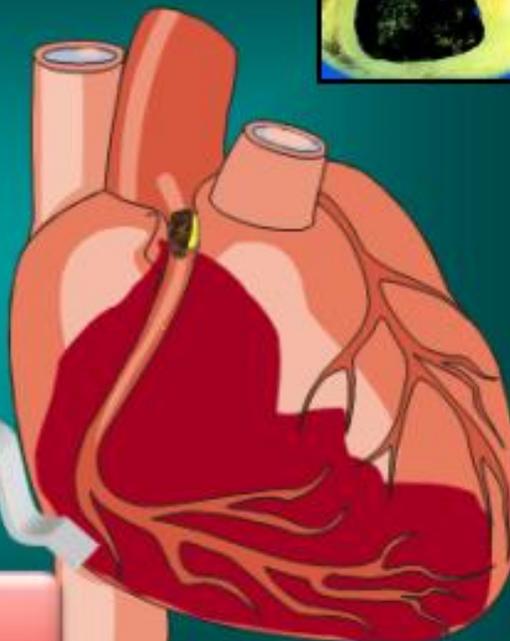
Erosión/rotura de placa

Plaquetas

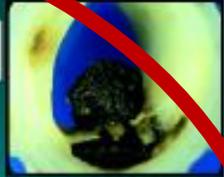
Coagulación

Trombo Oclusivo

IAM CON ONDA Q  
MUERTE SÚBITA



### SCA SIN ELEVACIÓN ST



Erosión/rotura de placa

Plaquetas

Coagulación

Trombo No Oclusivo

ANGINA INESTABLE  
IAM SIN ONDA Q



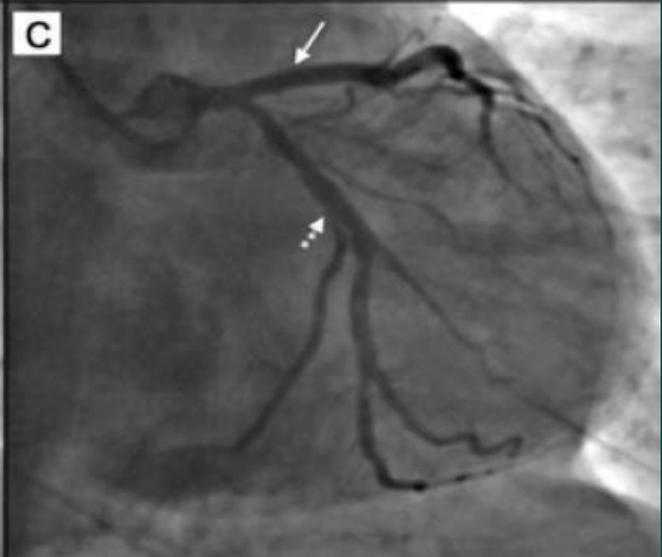
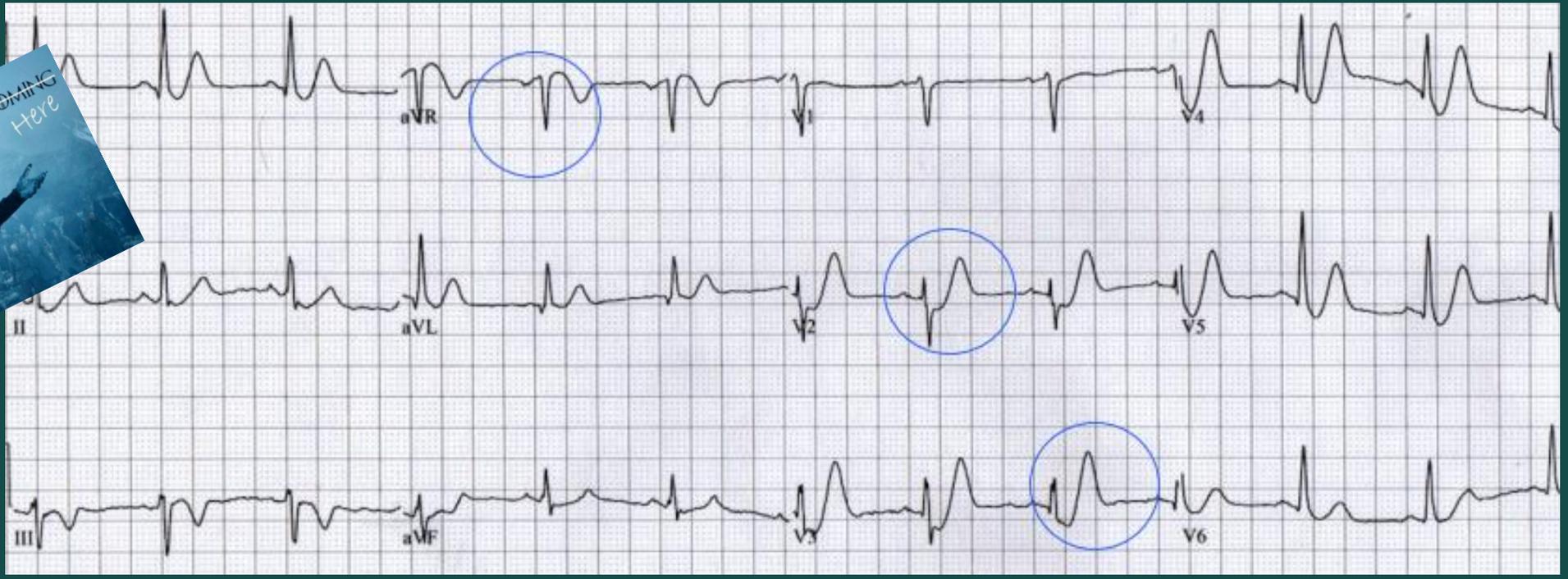
# SCASEST

Trombo no oclusivo (2/3)

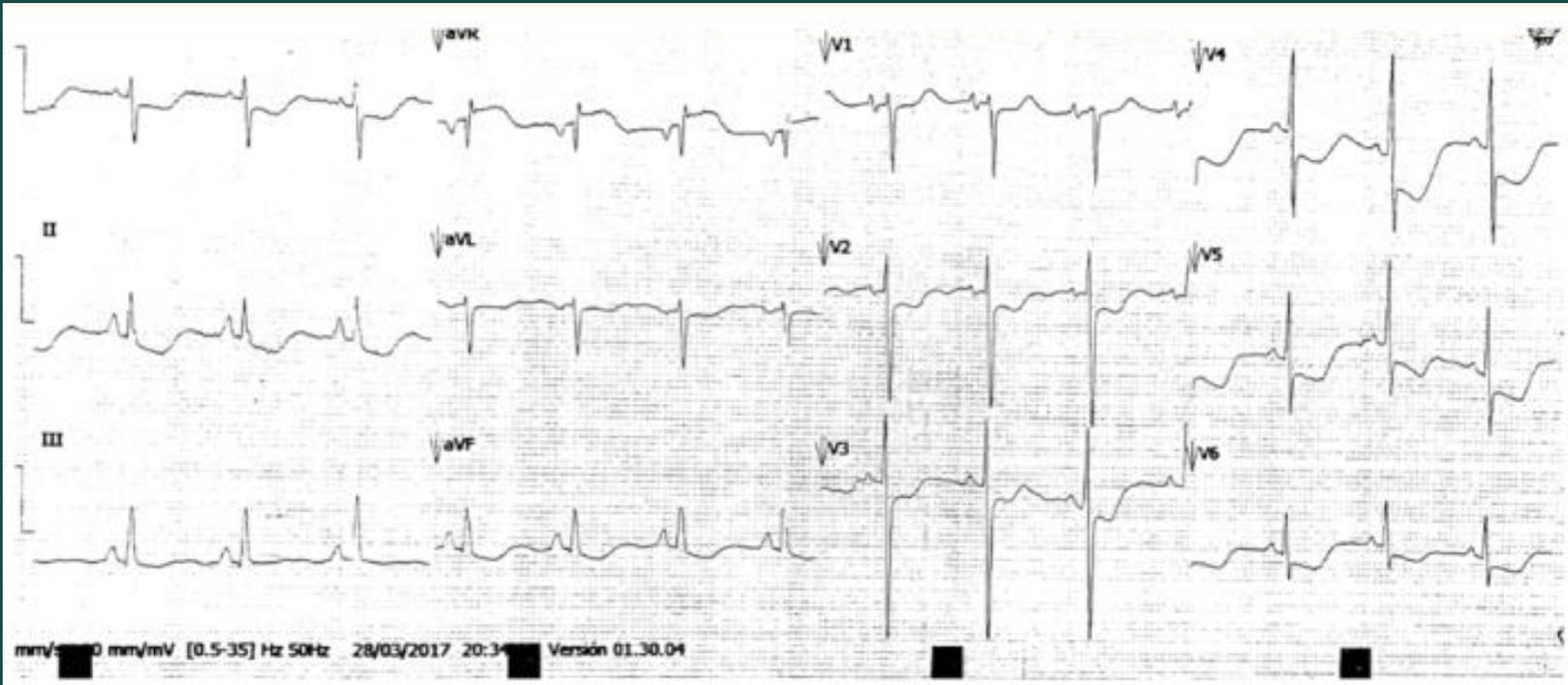
OCCLUSIÓN COMPLETA (1/3)

Patrones ECG sin elevación del ST pero sugestivos de oclusión total coronaria o isquemia muy extensa





**Equivalente a un SCACEST**

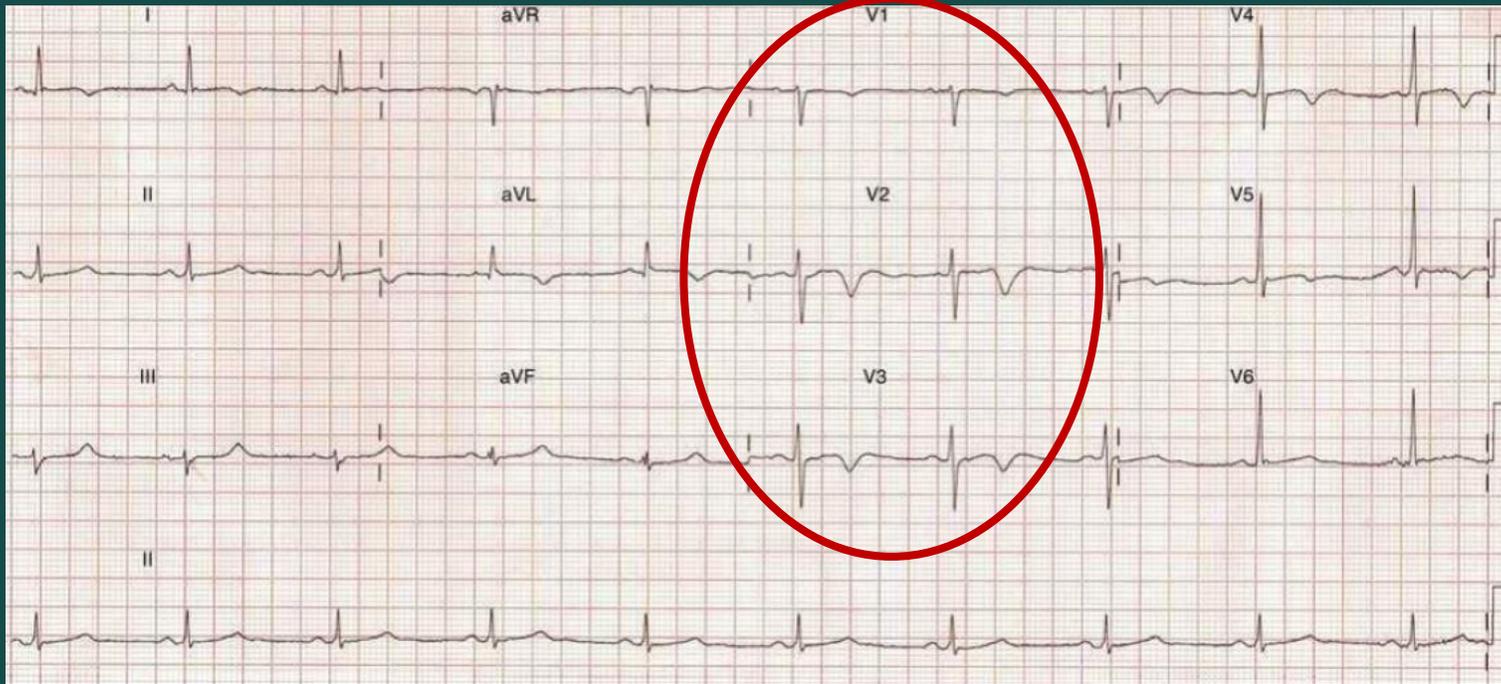


## Patron de ECG de oclusión de TCI o MULTIVASO. Descartar causas hemodinámicas.

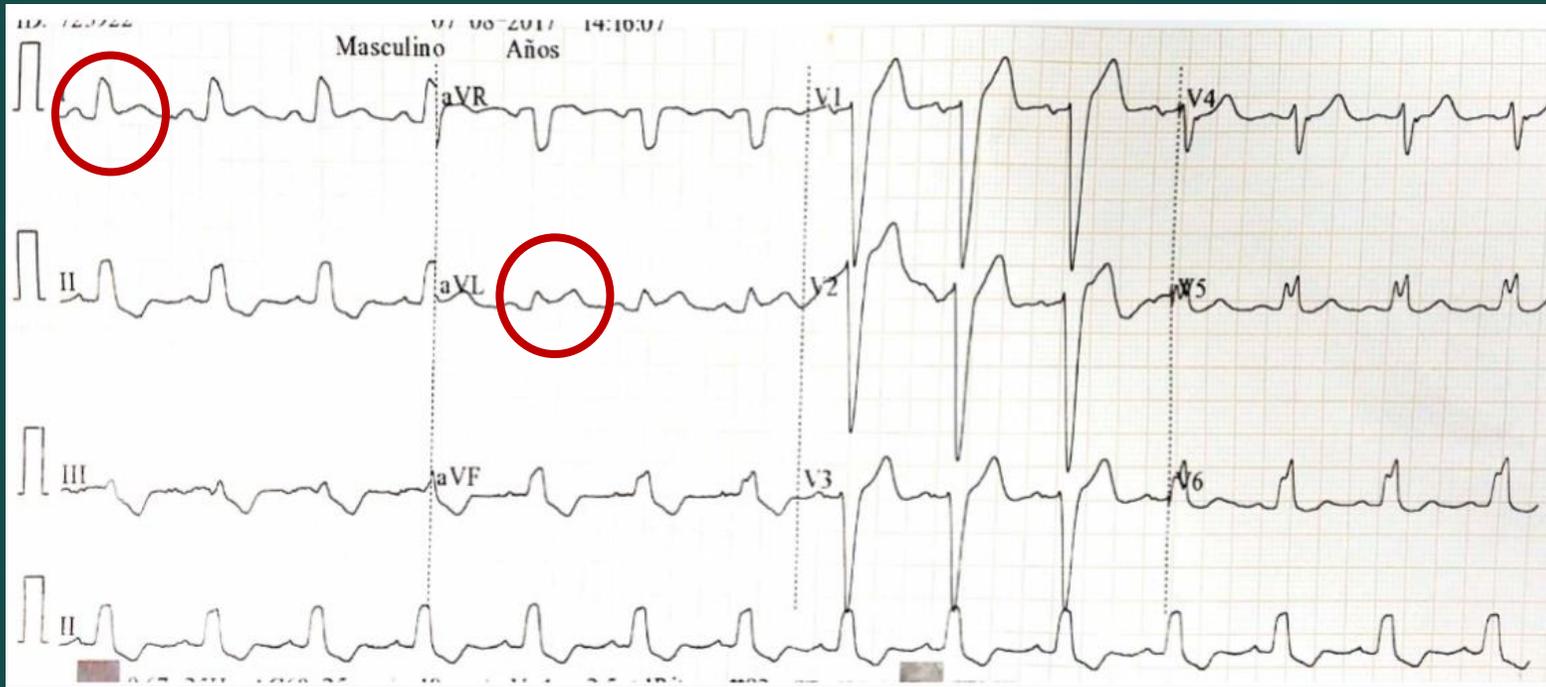
Ascenso en aVR, descenso al menos 6 derivaciones.

Si el paciente esta clínicamente mal, inestable HD -> alto riesgo de PCR

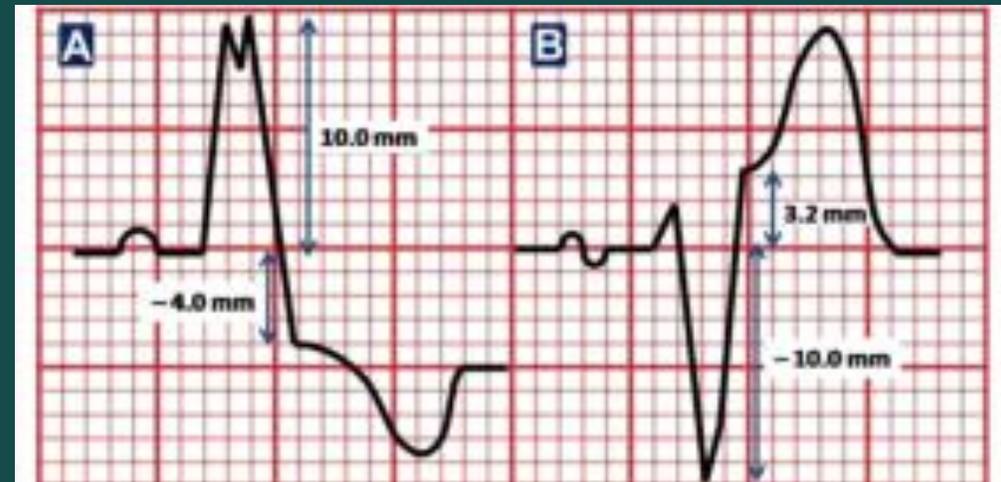
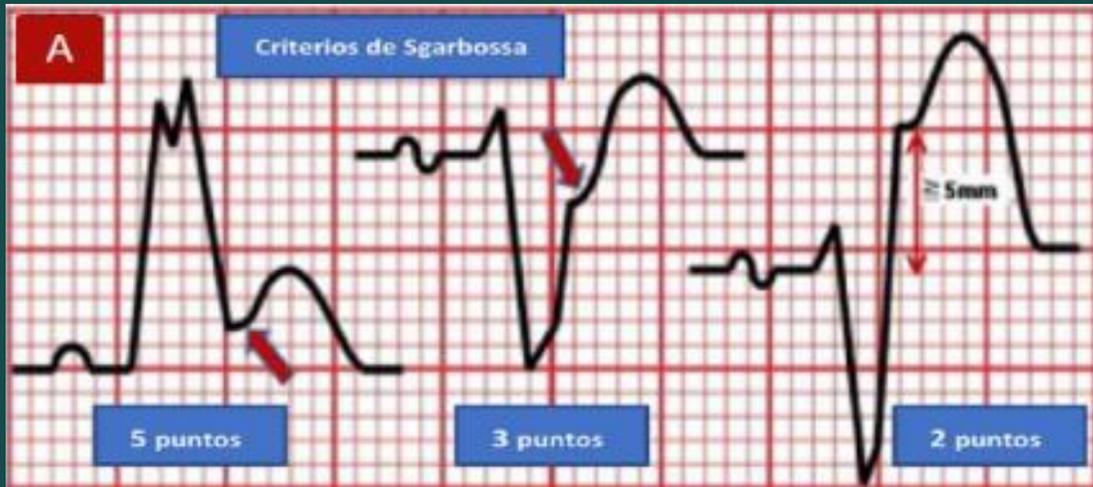




**Síndrome de Wellens/  
Amenaza de la DA**

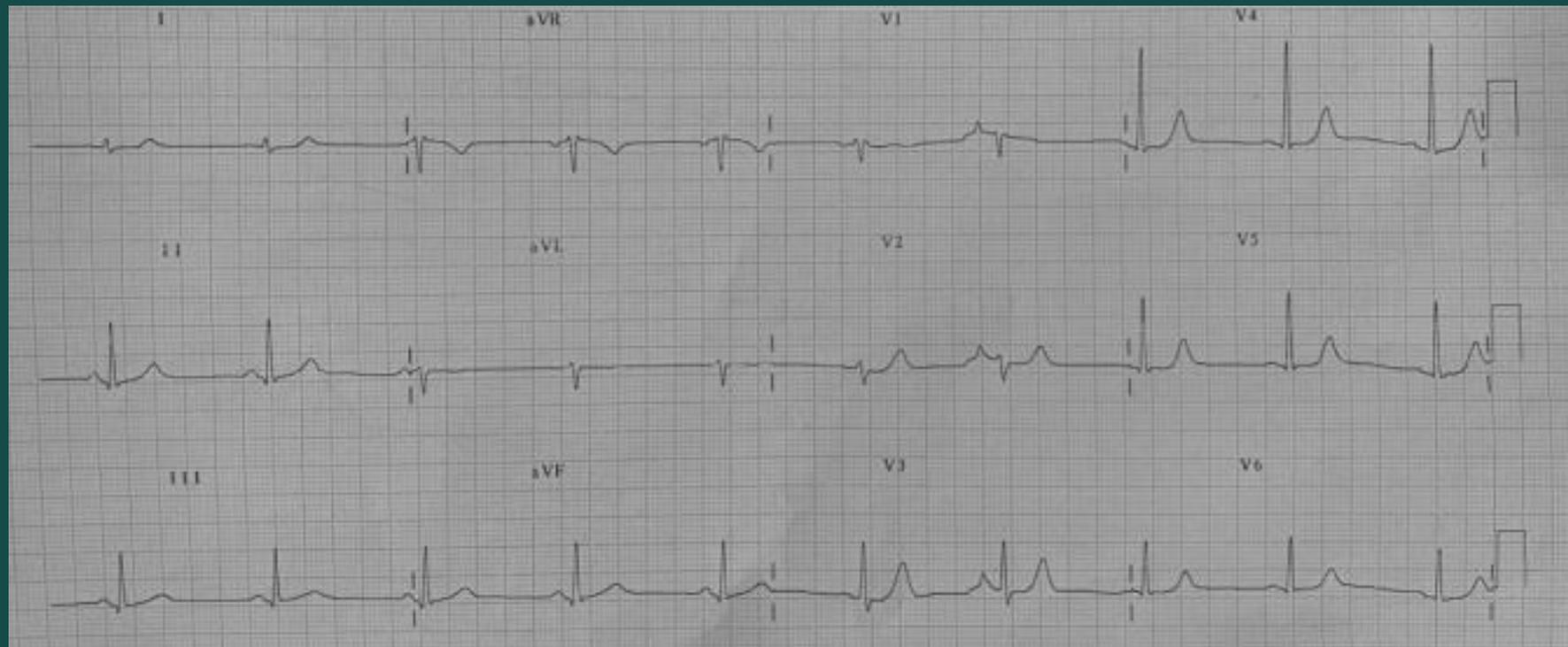


**DOLOR TORÁCICO + BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA**





## **CUIDADO CON EL DOLOR TORÁCICO PERSISTENTE EN EL SCACEST**



Cuando el dolor es persistente y no cede **debe repetirse el ECG y avisar** (el ST es dinámico y puede cogerse en un momento que no se vea aun ascendido, el ETT ayuda)

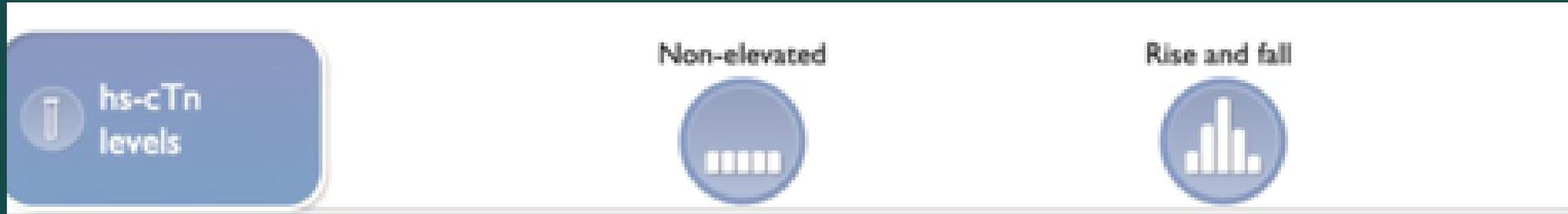
# SCASEST

Trombo no oclusivo (2/3)

OCCLUSIÓN COMPLETA (1/3)



- \* Historiar bien al paciente, analítica con enzimas cardíacas, SERIACIÓN ENZIMÁTICA Y ECG, Rx tórax y reevaluar con estas pruebas.
- \* Y sobre todo: ¡estado del paciente!
- \* No hay prisa por darle el tratamiento.



- Comprobar variación del 20%.
- Otras enzimas de daño miocárdico: **CPK,LDH, GOT.**

- Considerar otras causas de aumento de TnTUS:

- ✓ Insuficiencia renal.
- ✓ Taquicardias.
- ✓ Insuficiencia cardiaca aguda.
- ✓ Mio y pericarditis.
- ✓ Tromboembolismo pulmonar agudo.
- ✓ Síndrome de Takotsubo.
- ✓ Sepsis.
- ✓ Ictus.
- ✓ Ejercicio extenuante.
- ✓ Contusión cardiaca

# TRATAMIENTO



## REGLA DE LAS 5 "A"s:

### Antiagregación :

- AAS 300mg vo (Adiro)
- Clopidogrel 300mg vo (Plavix®) / Ticagrelor 180 mg vo (Brilique®)/ Prasugrel 60 (Efient®) si se conoce anatomía. **NO TANTA PRISA POR DAR EL SEGUNDO ANTIAGREGANTE.**

### Anticoagulación (solo en SCASEST):

- Enoxaparina sc 1mg/kg cada 12h.

### Antianginoso:

- Nitroglicerina iv: Solinitrina forte 1 ampolla (50mg) en 250ml de suero a 5ml/h e ir ajustando según TA
- Cloruro mórfico o dolantina (pueden ser alternativas en IAM inferiores)

### Antiácido:

- Omeprazol/ Pantoprazol vo/iv.

### Antigrasa:

- Atorvastatina 80mg vo.

### Causas cardiacas

- SCA
- Angina estable
- Miocarditis, pericarditis, arritmias, miocardiopatías, valvulopatías

### Cuadros extracardiacos

- Pulmonar: TEP, neumotórax
- Vascular: síndrome aórtico agudo
- Digestivo: gastritis, esofagitis, espasmo esofágico
- Neuromuscular, osteocondritis, traumatismo torácico (volet costal)
- Psicógeno: cuadros ansiosos

### Puede haber patología grave aunque no sea SCA

Mujer 64 años. AP: HTA.

Dolor en pecho irradiado a espalda desde hacía 3 h (sensación de pérdida de fuerza en MSD que se recuperó), pero el dolor torácico persistía .

EF: TA 170/90, resto normal

Pruebas Complementarias: Tp I 1ª y a las 6 h normales.

ECG anodino, sin cambios.

JD: Dolor osteomuscular (persistía el dolor en espalda al alta ).

Tto: Se pauta analgesia y se da el alta





**THIS IS  
FINE.**