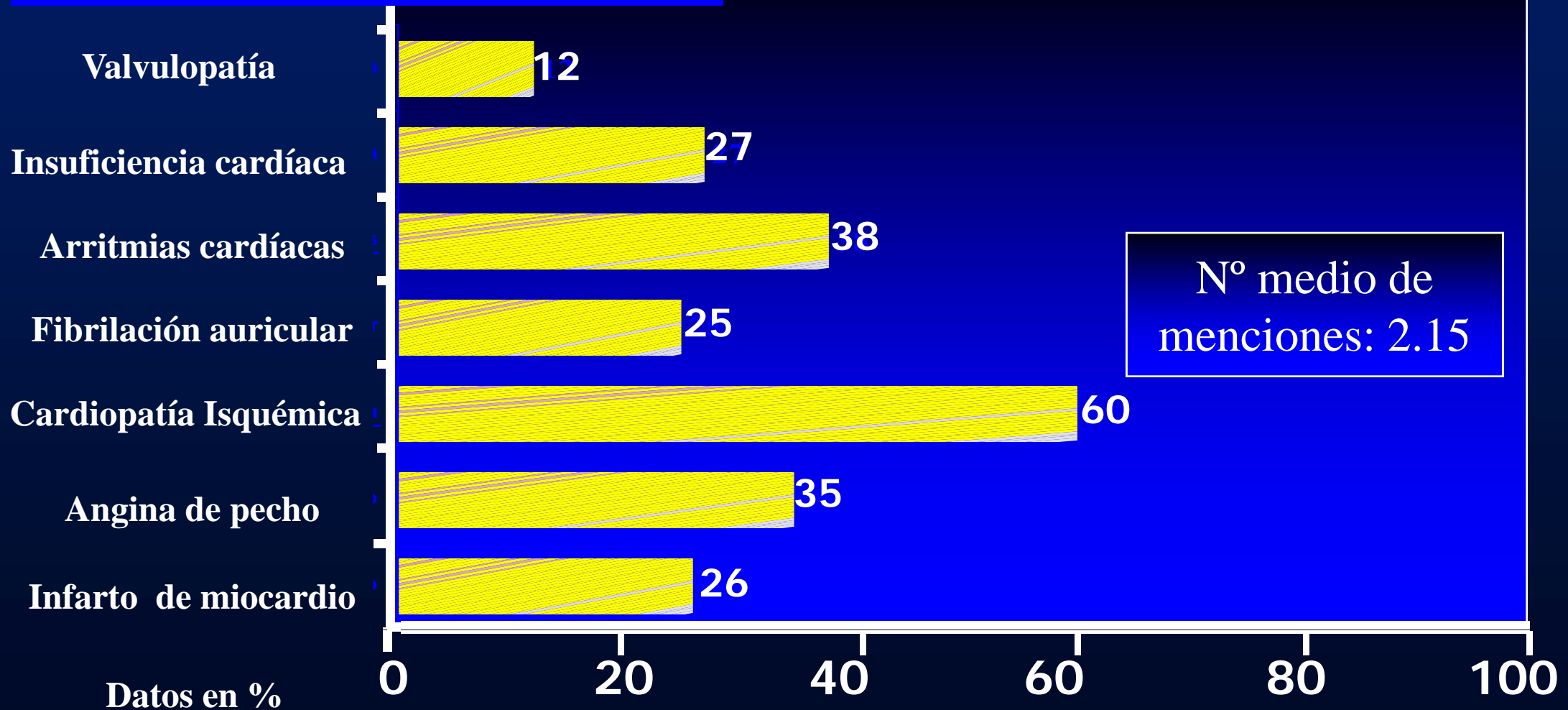

DOLOR TORACICO ANGINOSO

José M^a Fernández Villaverde
C.S. Ribeira. A Coruña

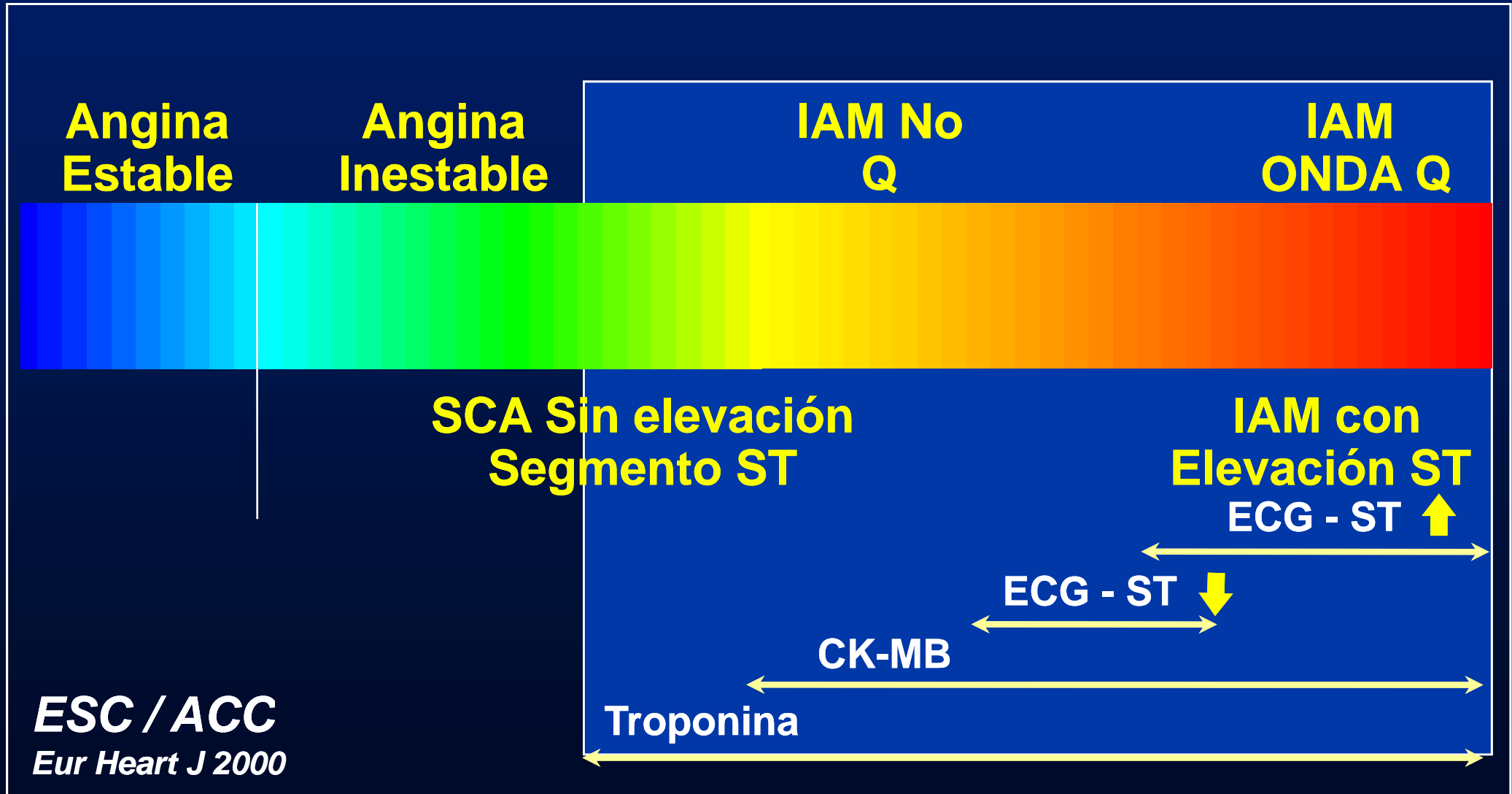
Cardiopatías en Diabéticos. Estudio Cardiotens.

1275 Diabéticos con Cardiopatía



SINDROME CORONARIOS

SOSPECHA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA



DOLOR TORACICO

Benigno

Angina estable

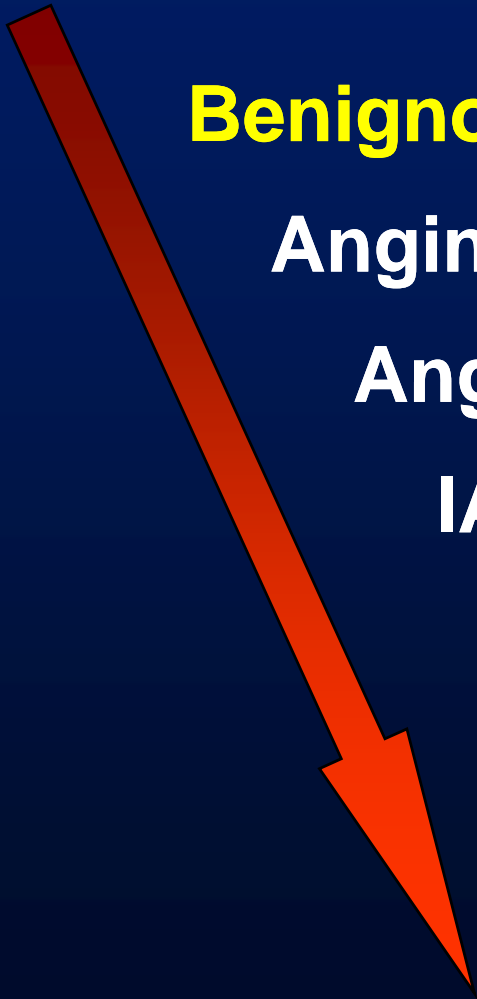
Angina inestable

IAM sin elevación ST (No Q)

IAM con elevación ST (Onda Q)

Severo, otras enf. Vasc y no Vasc.

**IAM sin
Dolor
torácico**



SOSPECHA DIAGNOSTICA DOLOR TORACICO EN MEDIO AMBULATORIO

1- HISTORIA CLINICA

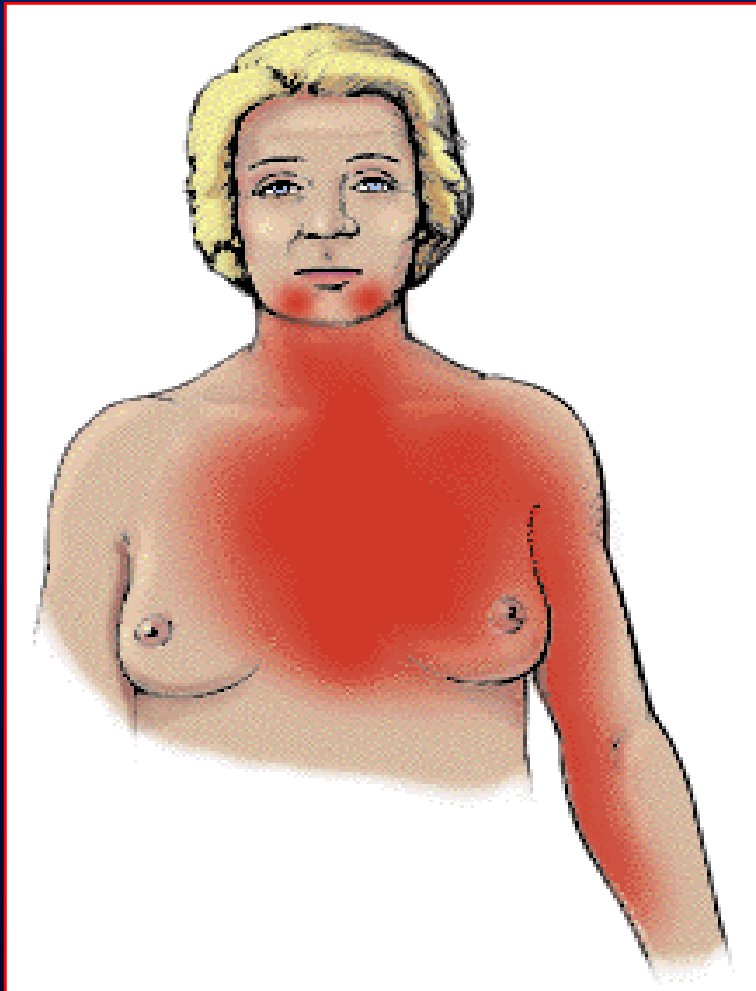
2- Exploración física

3- ECG ambulatorio:

Prueba complementaria del Médico de A.P.

Debe llevarse a cabo en menos de 20' en el paciente con dolor torácico actual o reciente

DOLOR TORACICO TIPO ISQUEMICO



◆ CARACTERISTICAS

- ◆ Constrictivo, opresivo,
- ◆ “sensación de peso”

◆ INTENSIDAD

- ◆ Variable. A veces grave (SCA)

◆ LOCALIZACION

- ◆ Habitualmente retroesternal

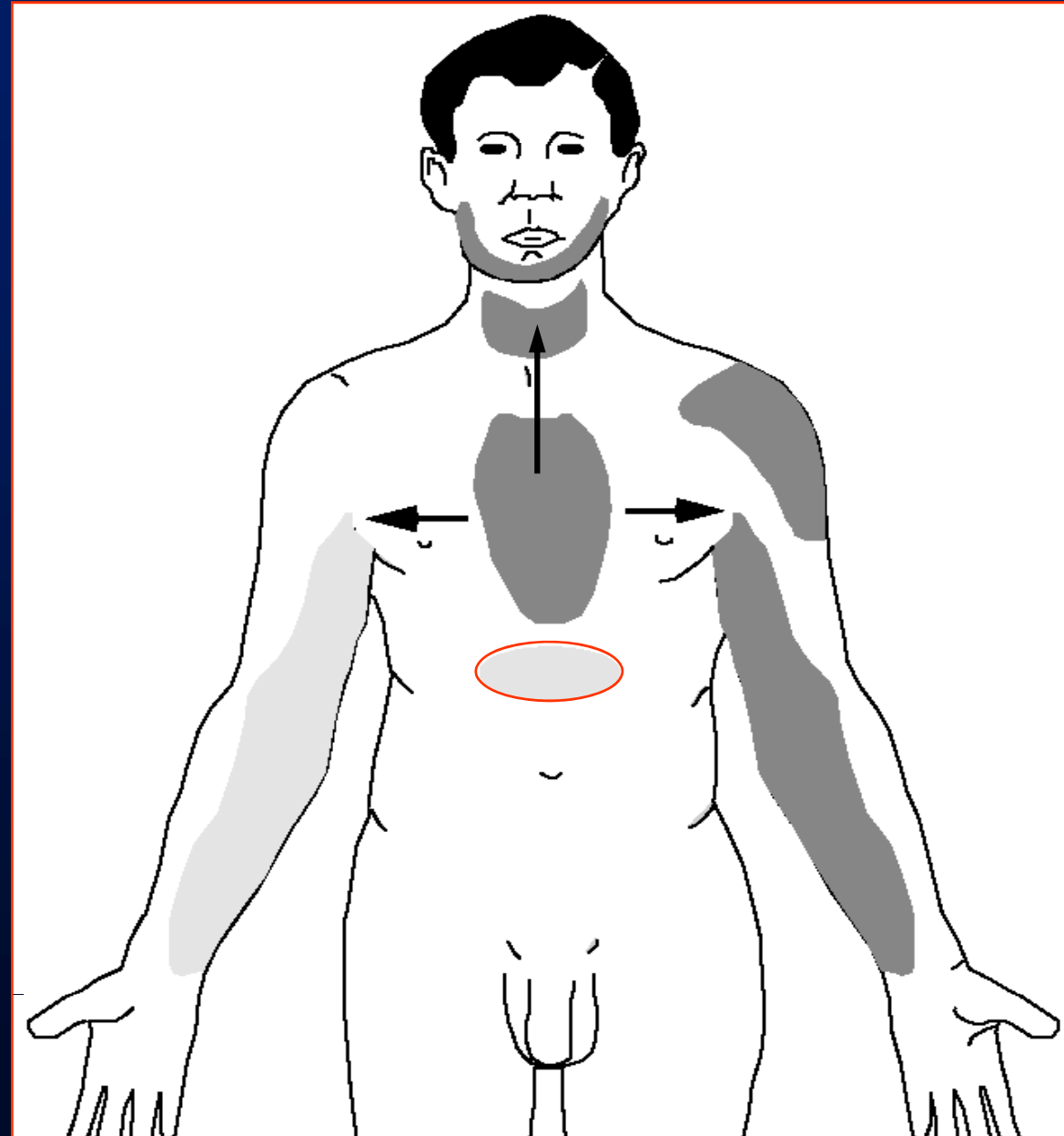
◆ DURACION

- ◆ Minutos en angina / ≥ 30 minutos a horas en el IAM

LOCALIZACION DOLOR TORACICO

Habitualmente retroesternal
Difuso en el pecho

Irradiación
cuello, brazo izq. y mano,
mandíbula,
epigastrio, espalda, brazo
derecho



CARACTERISTICAS SUGESTIVAS DE DOLOR TORACICO NO ISQUEMICO

•**CARACTERISTICAS**

- Pinchazos, difuso en todo el torax
- "cuchillo clavado"

•**LOCALIZACION**

- Area Inframamaria izq.
- Hemitorax izquierdo

•**DURACION**

- Segundos o días

•**PROVOCACION**

- Agrava con respiración
- Reproduce con la presión
- Provocado con movimientos del cuerpo

•**ALIVIO**

- Comida o antiacidos
- Cambios de postura

DOLOR TORACICO ISQUEMICO. SINTOMAS ASOCIADOS

- **Diaforesis**
- **Nauseas y vomitos**
- **Disnea**
- **Palpitaciones. Arritmia**
- **Fatiga, mareos**
- **Síncope**
- **Ansiedad. Sensación de gravedad**

EVALUACION CLINICA DOLOR TORACICO.

Conjunto Características Clínicas

- Factores demográfico
- Factores de riesgo coronario
- Enfermedades asociadas: “aterotrombosis sistémica”
- Enfermedad coronaria previa (angina, infarto, revascularizado, etc)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DOLOR TORACICO

- Pericarditis o miocarditis aguda
- Disección aórtica
- Enfermedades pulmonares
 - **Embolismo pulmonar**
 - **Neumotórax**
- Enfermedades gastrointestinales
 - **Ruptura esofágica**
 - **Úlcera péptica**
 - **pancreatitis**
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Ansiedad, neurosis

EXPLORACION FISICA

- **Aspecto general**
- **Pulso, frecuencia cardíaca, ritmo**
- **Presión arterial**
- **Auscultación**
 - **Corazón: soplos, R3 / R4**
 - **Pulmones: Crepitantes**

ECG

- *“Obtener siempre que sea posible”*
- Obtener si es posible con / sin dolor
- Interpretación inmediata!!!!
- Selección de los pacientes

OTRAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS

SI SE SOSPECHA INFARTO DE MIOCARDIO / SCA:

- No pierda el tiempo con otras pruebas
Lab, Rayos-X, ECO, etc
- *Si sospecha SCA / Infarto miocardio no deje al paciente solo.*

ECG



Isquemia

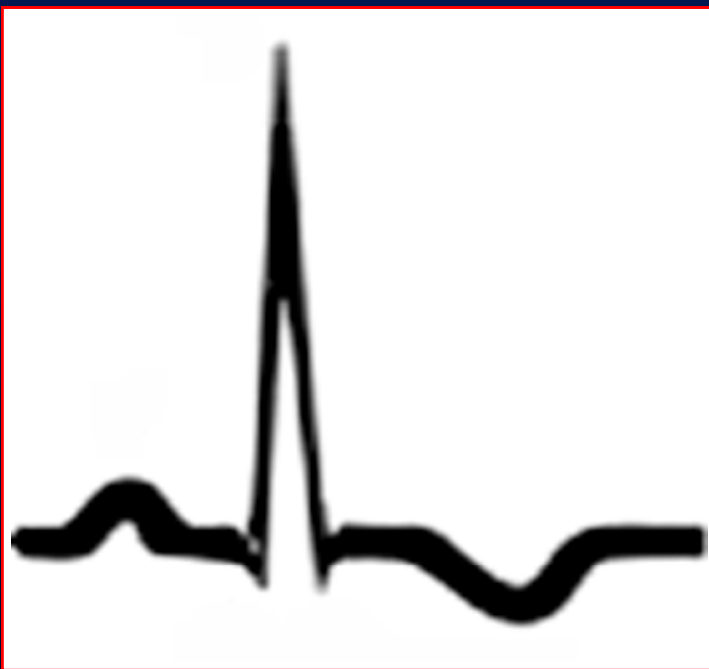
Lesión

Necrosis

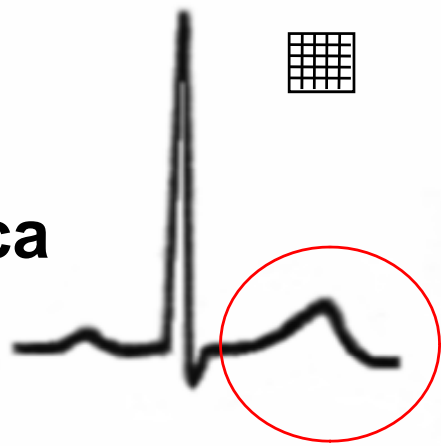
Onda T

Segmento ST

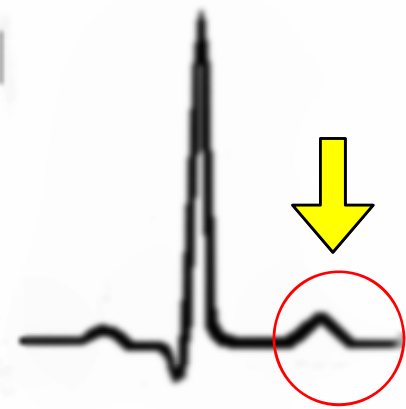
Q



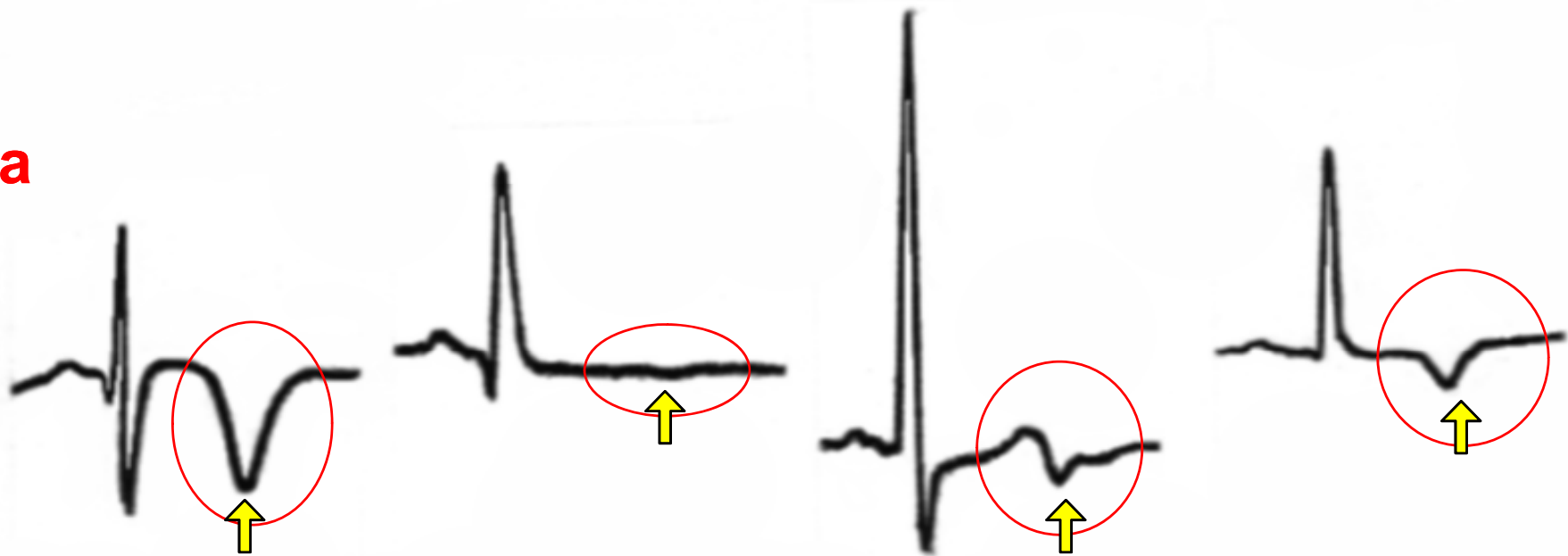
NORMAL
T +, asimétrica



ISQUEMIA
Subendocárdica
T +, simétrica



ISQUEMIA
Subepicárdica
T invertida



LESION
Subepicárdica

↑ **ST**

> 2 mm en V1-V6
> 1mm en I - III, L, F



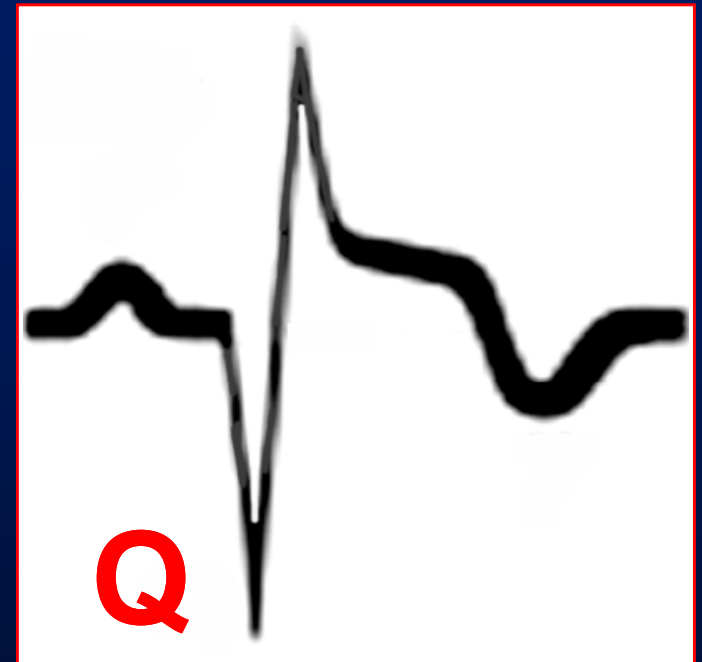
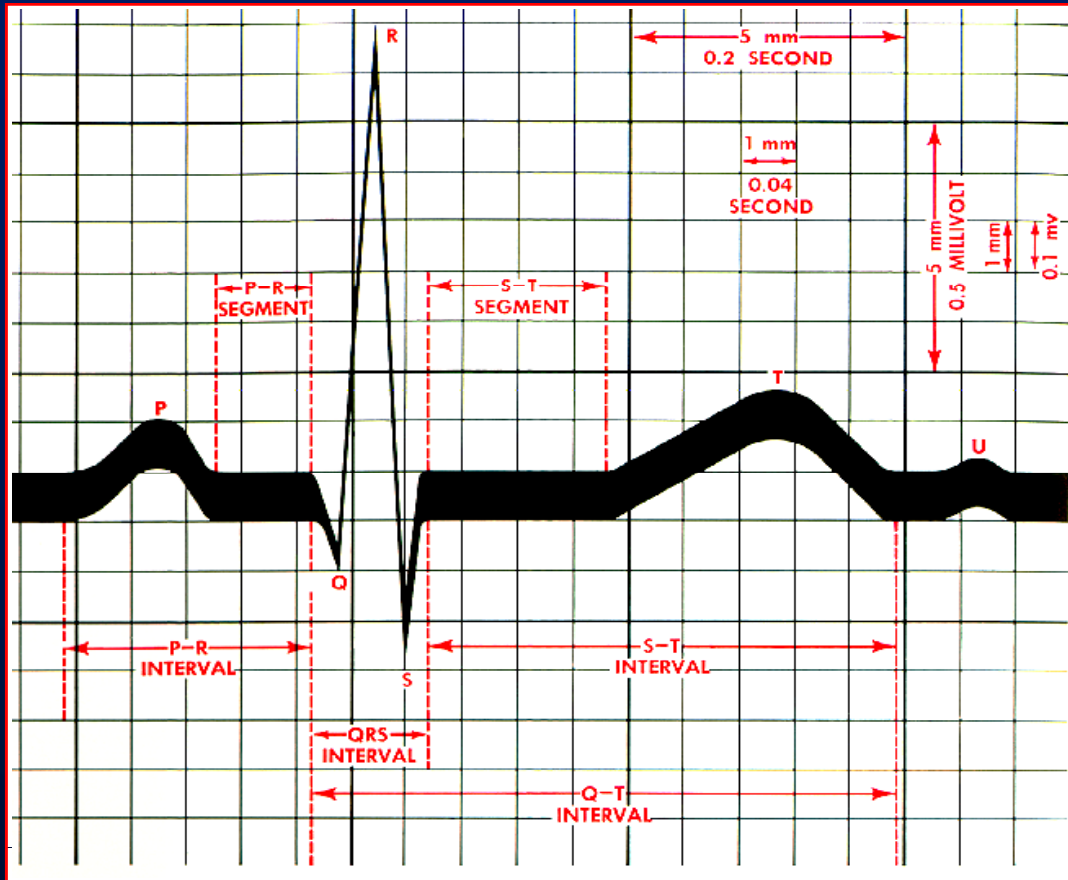
LESION
Subendocárdica

↓ **ST**

>0.5 mm en cualquier derivación



Necrosis



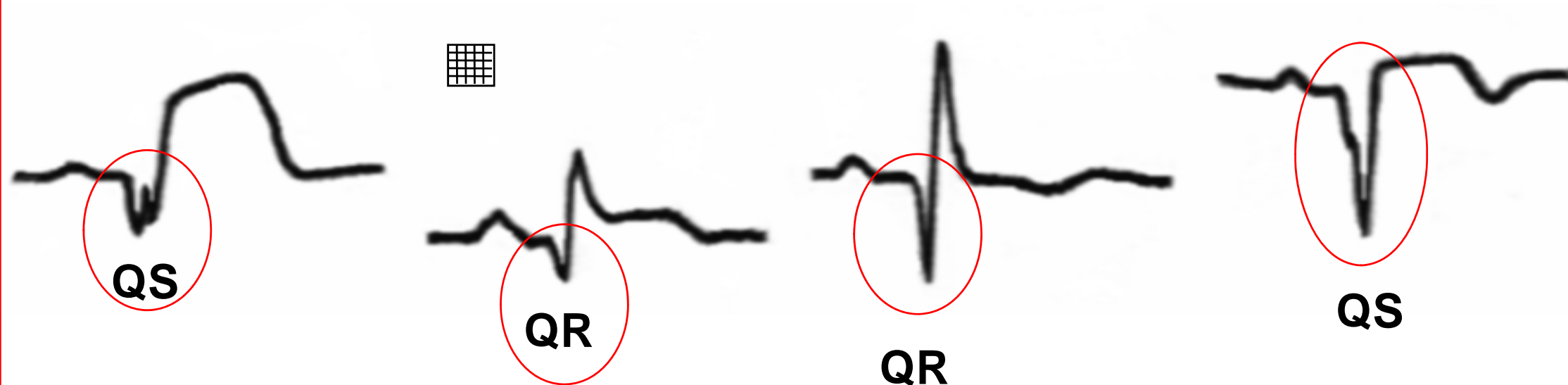
Onda Q anormal

- $> 30 \text{ ms}$ ($> 1 \text{ mm}$)
- $> 1 \text{ mm}$ de profundidad

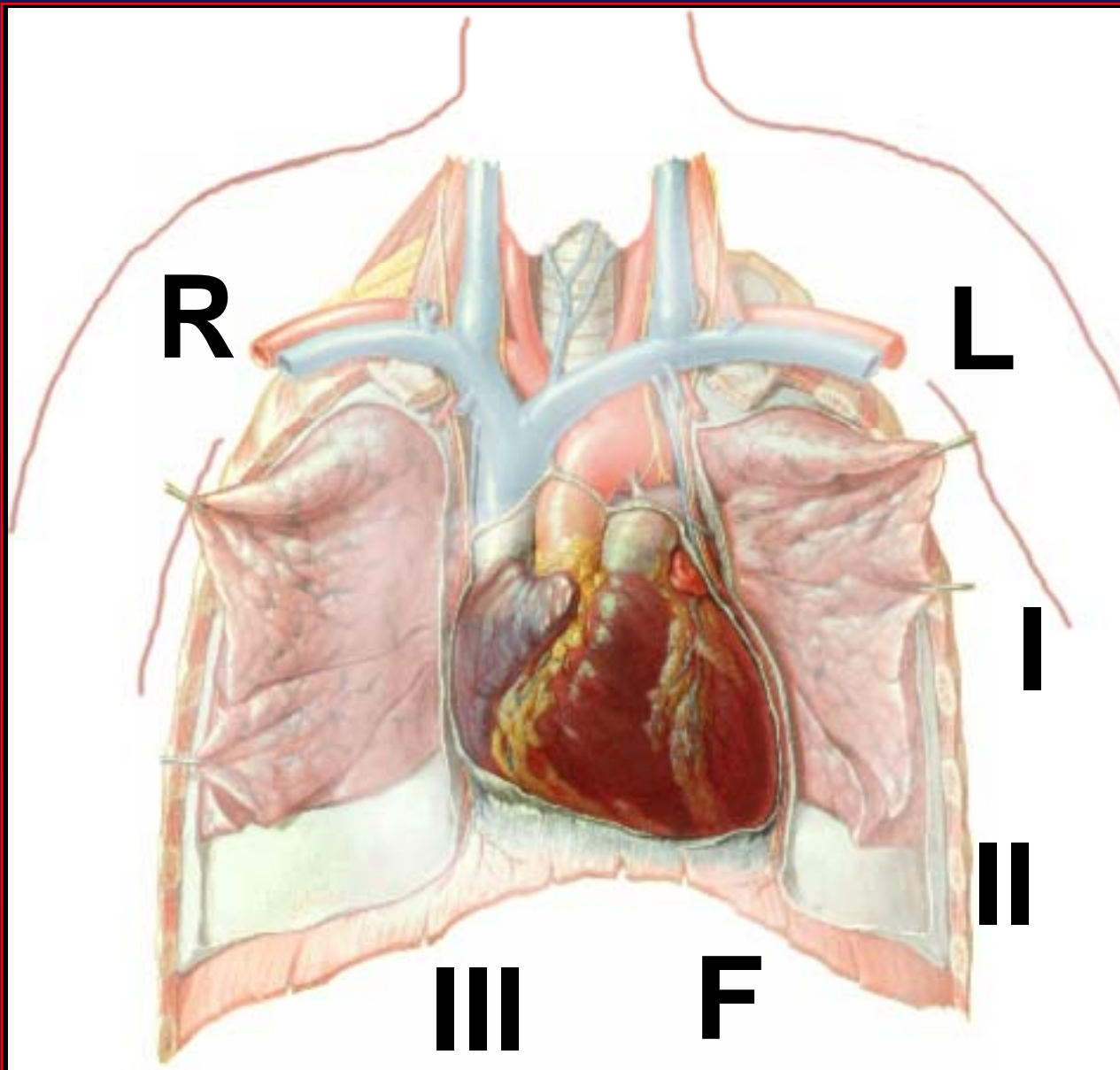
NECROSIS

Onda Q

- > 30 ms (> 1mm)
- > 1 mm de profundidad



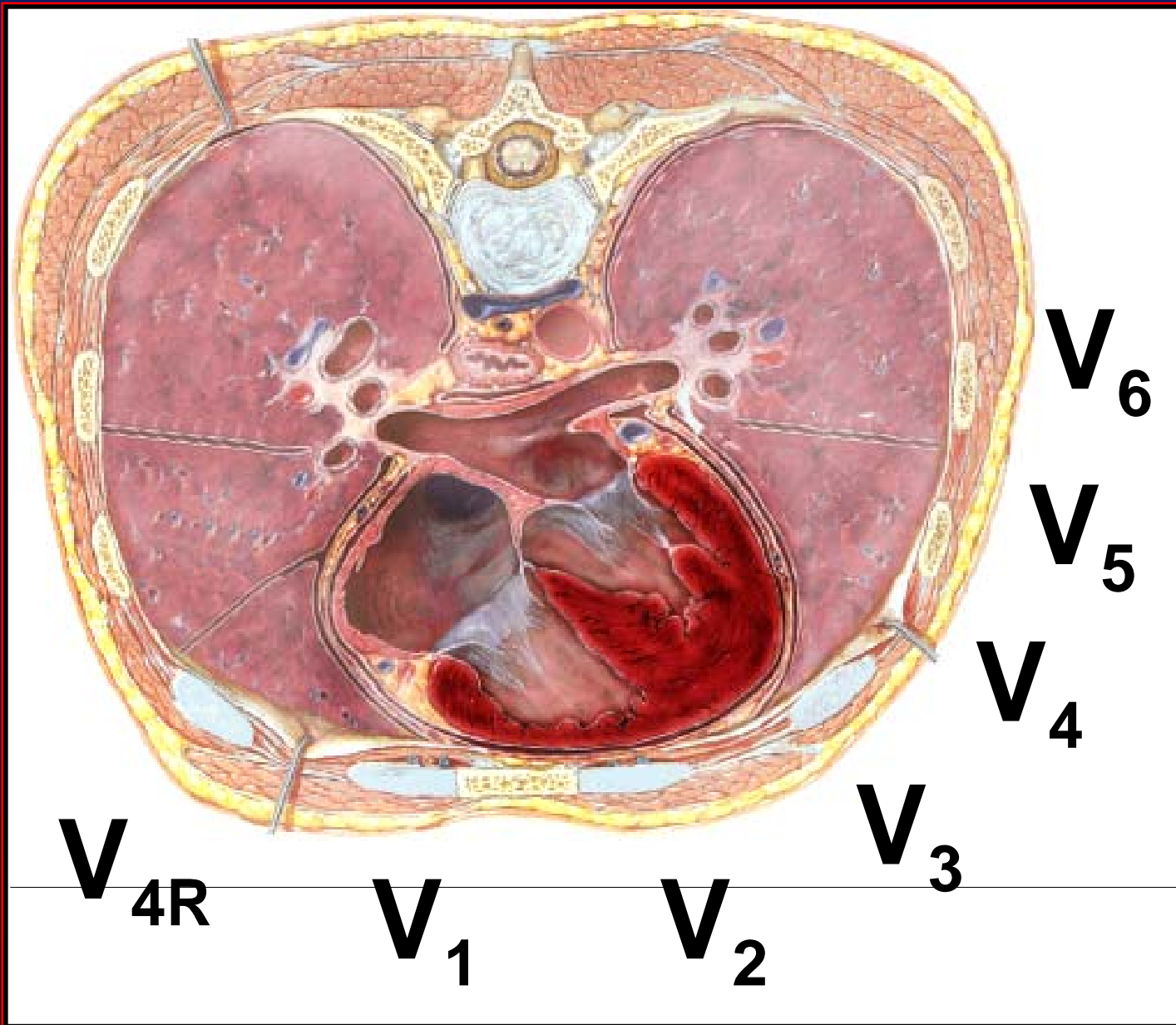
LOCALIZACION IAM



I, L
Lateral

II, III, F
Inferior

LOCALIZACION IAM

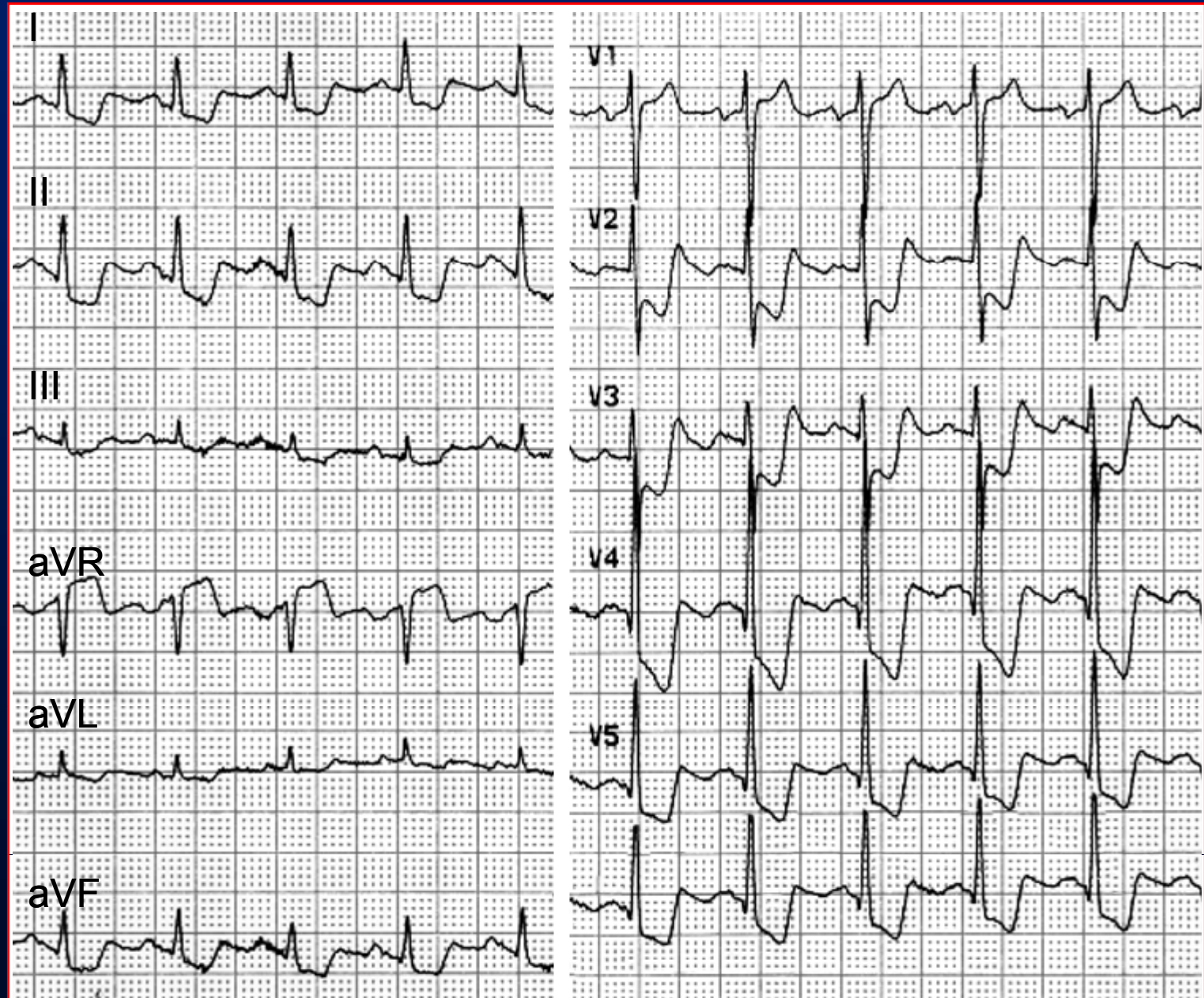


V5, V6
Lateral

V1-V4
Anterior

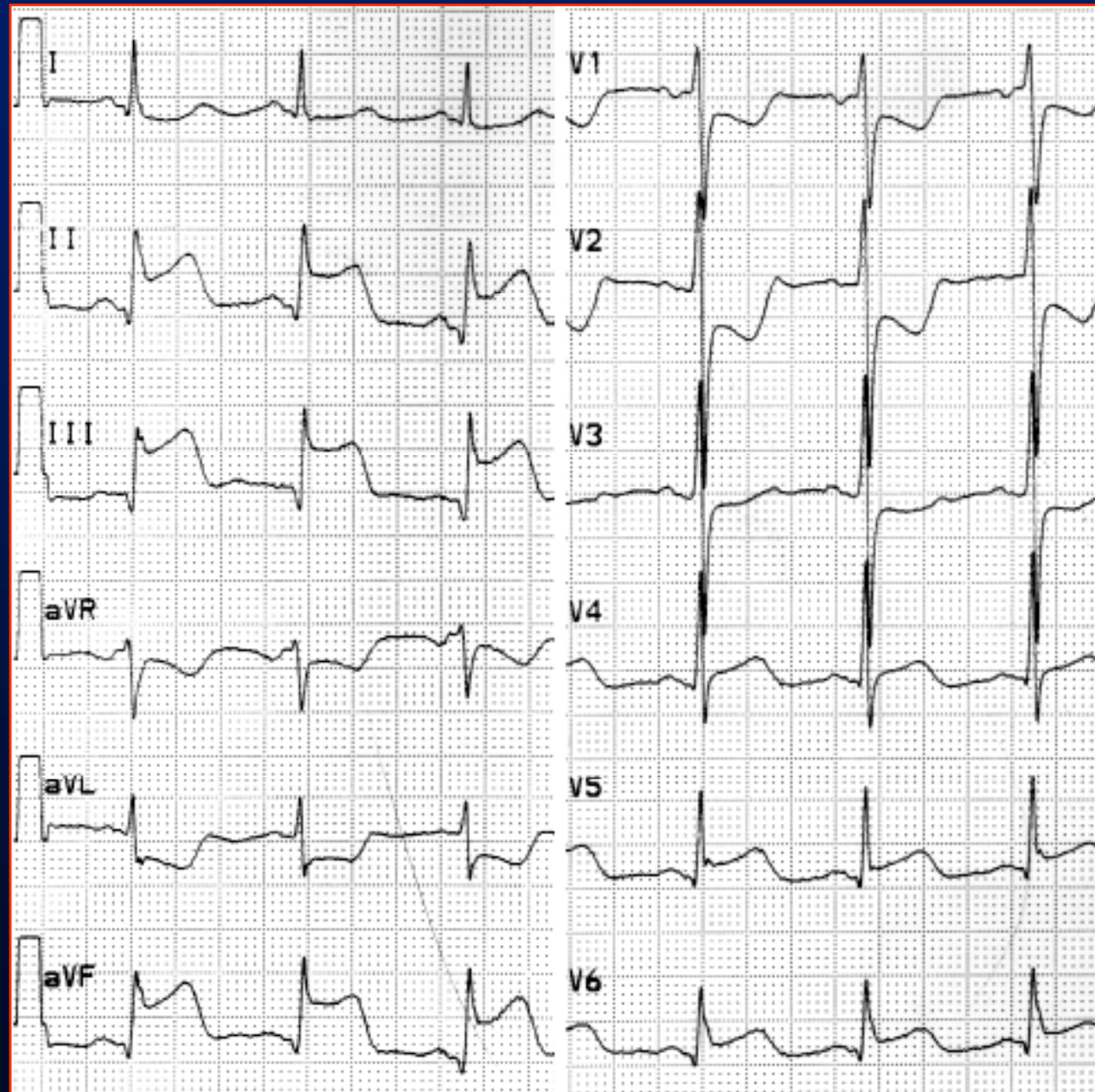
V4R
Infarto VD.

Dolor torácico/Depresión segmento ST



Dolor torácico/Elevación segmento ST

**IAM Inferior,
Posterior
y Lateral**



DOLOR TORACICO AMBULATORIO

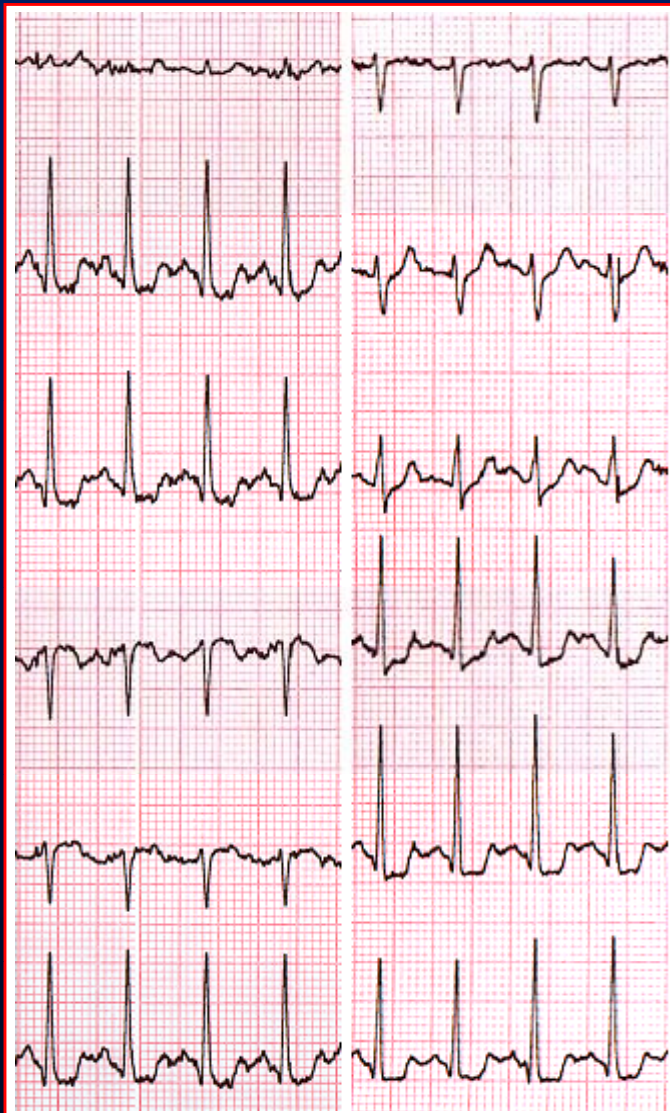
ENVIAR AL PACIENTE DE FORMA URGENTE AL HOSPITAL SI:

1- SE SOSPECHA SCA (siempre)

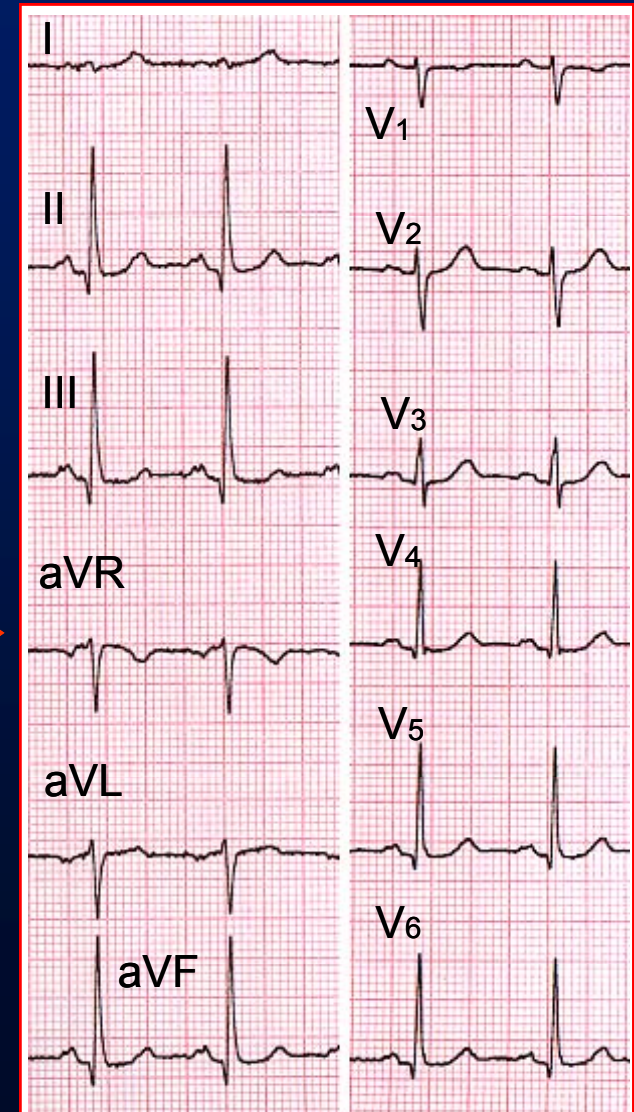
DOLOR TORACICO EN ATENCION PRIMARIA PRUEBA DIAGNOSTICA/TERAPEUTICA

Dolor Torácico

No Dolor



**s.l.
NTG**



DOLOR TORACICO SUGESTIVO DE SCA

- Reposo en cama
- Historia clínica completa dirigida
- Iniciar monitorización ECG
- Equipo de reanimación disponible
- Obtención de ECG completo si cambios
- Establecer acceso i.v.
- Preparar un traslado adecuado/rápido hospital
- AAS todos
- Analgesia

Eur Heart J 1998; 19:1140-64

Rev Esp Cardiol 1999; 52:919-956