

Nº2

# ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S

del Primer Nivel de Atención



Una guía actualizada para el manejo de problemas de salud prevalentes en el Primer Nivel de Atención

**remediAR**

Ministerio de  
Salud



Presidencia  
de la Nación

# ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S del Primer Nivel de Atención

Nº2

## EDITORIAL

Estimados lectores

Con esta revista nos proponemos generar una herramienta de capacitación accesible a todos los profesionales de la salud que realizan su práctica en el Primer Nivel de Atención. Las publicaciones pretenden ser sintéticas, didácticas, de fácil acceso y consulta, y procuran ser de ayuda en el proceso de toma de decisiones clínicas. La complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención y el abordaje bio-psico-social que procuran los equipos de salud del Primer Nivel de Atención nos convoca a brindar capacitación en forma continuada y accesible.

En ese sentido desarrollaremos una revista de entrega trimestral, cuyos contenidos abordarán temas relacionados con problemas de salud prevalentes y que generen alta carga de enfermedad en la población de nuestro territorio.

El objetivo de la publicación es, sintéticamente, potenciar las Estrategias de Capacitación en el Uso Racional de Medicamentos que lleva a cabo el Programa Remediar, del Ministerio de Salud de la Nación, y generar una herramienta de capacitación actualizada y continua en el tiempo para todos los profesionales.

En este número nos enfocaremos en el dolor torácico y el manejo de esta problemática en los centros de salud. El dolor torácico es uno de los motivos más frecuentes de consulta. Engloba un gran número de diagnósticos y el amplio espectro de enfermedades posibles hace de este síntoma uno de los mayores desafíos de manejo clínico cotidiano.

En el Primer Nivel de Atención el dolor torácico es un motivo de consulta altamente prevalente y las causas de dolor precordial que no amenazan la vida son mucho más comunes allí. Si bien un estudio realizado en el PNA arrojó que más de la mitad de los casos no tuvo origen orgánico (sin causa cardíaca, gastrointestinal ni pulmonar) aún así se destaca que la evaluación de pacientes con dolor torácico debe estar orientada a descartar causas que puedan poner en peligro la vida.

# ÍNDICE

*Página*

1. Editorial
3. Doct@r, por favor venga a enfermería. Llegó un paciente con dolor de pecho...
7. Rosa presenta desde hace dos meses una sensación rara en el centro del pecho...
13. La clínica y electrocardiograma de Rosa nos orientan a pensar en...
17. Bibliografía

## PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS CASOS

**Caso problema:** se presenta en primer lugar una situación clínica cotidiana que motiva la discusión y el análisis.

**Interrogantes:** a continuación se generan disparadores y preguntas relacionados con la situación presentada.

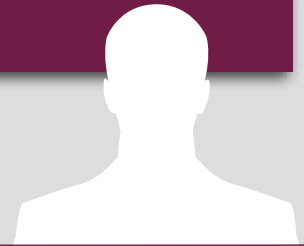
**Aportes teóricos:** luego de esto, se presentan contenidos teóricos actualizados y revisados por expertos temáticos o referentes del tema.

**Puntos clave:** describimos sintéticamente los conceptos más relevantes de la publicación.

# 1

## CASO

*Doct@r, por favor venga a enfermería.  
Llegó un paciente con dolor de pecho...*



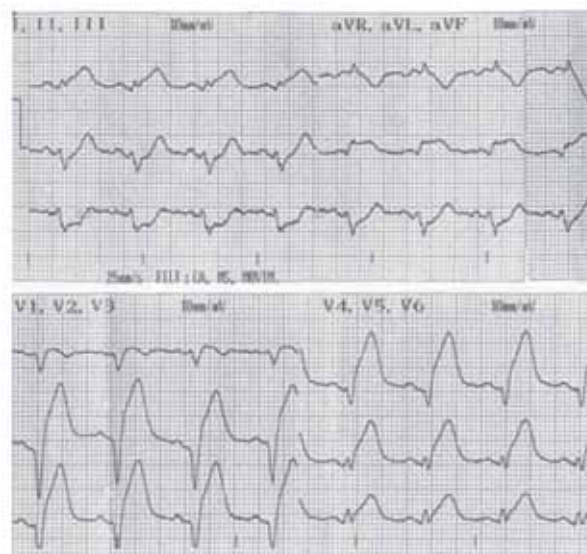
## Caso Problema

En la camilla nos espera Don Javier de 60 años. Presenta antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo severo y obesidad; en tratamiento con **Enalapril** 10mg cada 12 horas. Se encuentra muy asustado y sudoroso. Refiere dolor retroesternal tipo escozor de dos horas de evolución aproximadamente.

### Examen físico:

TA de 150-90 mmHg, FC 100 por minuto regular, sin signos de insuficiencia cardíaca ni soplo.

Mabel, nuestra enfermera, ya le había realizado un ECG:



## Interrogantes

- ¿Cómo interpretas el ECG del paciente?
- ¿Cuál es tu impresión diagnóstica?
- ¿Cuál sería el manejo inicial de este problema en el centro de salud?



## Aportes teóricos

Comenzaremos analizando algunos conceptos generales sobre el manejo de dolor precordial en el Primer Nivel de Atención (PNA) para luego centrarnos en lo que le ocurre a Don Javier.

► *La prevalencia en relación a las causas de dolor precordial varía según la población que se estudie (pacientes que consultan en centros de medicina general versus pacientes que consultan en departamentos de emergencias)<sup>1</sup>, las causas de dolor precordial que no amenazan la vida son mucho más comunes en el Primer Nivel de Atención (PNA).*

► *Los problemas gastrointestinales, músculo-esqueléticos, y psicopatológicos fueron los más frecuentes en centros del primer nivel.*

► *Los problemas pulmonares serios y cardíacos graves fueron más frecuentes en las consultas a servicios de emergencia hospitalarios.*

► *La incidencia y prevalencia de enfermedad coronaria aumentan con la edad en ambos sexos.*

Un estudio prospectivo sobre 399 consultas por dolor precordial, evaluados en múltiples centros ambulatorios luego de un seguimiento de un año arrojó los siguientes resultados sobre prevalencia de causas de dolor precordial.

► *Aproximadamente el 60 por ciento no fue de origen orgánico (sin causa cardíaca, gastrointestinal ni pulmonar).*

► *La causa músculo-esquelética fue el diagnóstico en el 36 por ciento de los casos.*

► *Esofagitis por reflujo en el 13 por ciento de los casos.*

► *La angina estable fue responsable del 11 por ciento de los episodios.*

► *El ángor inestable o el infarto agudo de miocardio fue el diagnóstico en el 1,5 por ciento de los casos<sup>2</sup>.*

**La presencia de factores de riesgo coronario y la edad de la población contribuyen de manera importante a la prevalencia de enfermedad coronaria, pero en ningún caso confirmarán o descartarán la causa de dolor precordial agudo, sirven para aumentar o disminuir la probabilidad de enfermedad coronaria. Atribuirles un exceso de poder diagnóstico puede dar lugar a errores, pero ignorarlos puede hacer que pasemos por alto pacientes con síndrome coronario agudo y síntomas atípicos (por ejemplo mujeres, ancianos y diabéticos)<sup>3</sup>.**

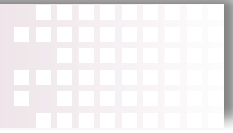
► *El antecedente de enfermedad coronaria en un paciente que se presenta con dolor torácico especialmente si el dolor tiene características similares a los previos (el síntoma anginoso suele presentarse de forma similar en cada paciente individual) nos orienta al diagnóstico, de modo que todo el dolor referido por el paciente como similar al del infarto previo, o mayor que la angina previa, debe considerarse como “angina típica” y se asocia con mayor riesgo de eventos a corto plazo y diagnóstico de IAM<sup>4</sup>.*

1. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R. (2001). Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is the same?

2. Klinkman MS, Stevens D, Gorenfl o DW. (1994). Episodes of care for chest pain: a preliminary report from Mirnet.

3. Lobos Bejarano JM, Díaz Sánchez S, Del Castillo Rodríguez JC y col. Factores de riesgo y problemas cardiovasculares y del sistema circulatorio. Capítulo 17, Volumen 1. Lobos Bejarano JM, Díaz Sánchez S, Del Castillo Rodríguez J.C. y col. (2012) Factores de riesgo y problemas cardiovasculares y del sistema circulatorio. Capítulo 17, Volumen 1.

4. Consenso de Síndromes Coronarios Agudos. Revista Argentina de Cardiología. (2005). Vol. 73 suplemento 3.



**La evaluación de pacientes con dolor torácico de inicio reciente debe orientarse a descartar causas que ponen en peligro la vida:**

- ▶ Síndrome coronario agudo (la más frecuente).
- ▶ Neumotórax.
- ▶ Disección de aorta.
- ▶ Pericarditis, taponamiento cardíaco.
- ▶ Tromboembolia de pulmón.
- ▶ Rotura esofágica.

Esto se logrará generalmente mediante el juicio clínico y el ECG, y con menor frecuencia con la prueba de esfuerzo, otras pruebas no invasivas, o angiografía invasiva.

La atención básica para la evaluación de todo dolor torácico incluye elementos clínicos, la realización de un ECG y su correcta interpretación. No puede considerarse evaluado correctamente ningún paciente por su dolor torácico si no se incluyeron dichos elementos<sup>5</sup>. En atención primaria, la historia clínica (descripción del dolor, síntomas asociados, factores de riesgo) y el examen físico, complementados con algunos métodos complementarios como el ECG y la radiografía de tórax permiten al médico diagnosticar con precisión la mayoría de las causas de dolor torácico y juzgar qué pacientes tienen probablemente una etiología benigna<sup>6</sup>.

▶ De acuerdo a un estudio, cuando el médico queda con dudas en relación a la causa de dolor precordial (no puede establecer una causa específica) aumenta la probabilidad de error.

▶ Varios estudios sugieren que un diagnóstico de “dolor de pecho no específico” conlleva un riesgo de aumento de la mortalidad, especialmente debido a la enfermedad coronaria<sup>7,8</sup>.

▶ Por lo tanto, cuando hay dudas en relación a un dolor precordial (sobre todo si es un dolor en curso) se debe consultar a un cardiólogo en forma urgente.

En centros de mayor complejidad puede aplicarse una estrategia de atención avanzada, aquí debe sumarse a los elementos de diagnóstico básico aquellos con los que cuenta el centro (placa de tórax, enzimas cardíacas, etc.). Los marcadores séricos constituyen una herramienta diagnóstica imprescindible en los dolores precordiales agudos sin diagnóstico de certeza.

### **Profundicemos en algunos aspectos del síndrome coronario agudo (SCA):**

Bajo esta denominación se incluyen los eventos coronarios que tienen como causa fisiopatológica la rotura de una placa de ateroma dentro de las arterias coronarias su correspondiente complicación (en contraposición al ángor crónico estable en el que la placa de ateroma no presenta rotura pero sí disminuye el diámetro de la luz en las arterias coronarias).

5. Consenso de Síndromes Coronarios Agudos. Revista Argentina de Cardiología. (2005). Vol. 73 suplemento 3.

6. Meisel, James L., MD. (2001). Diagnostic approach to chest pain in adults.

7. High long-term mortality: results from the primary prevention study in Goteborg, Sweden. (1998).

8. Geraldine McMahon, Yates DW, Hollis S. (2008). Unexpected mortality in patients discharged from the emergency department following an episode of nontraumatic chest pain.

En la actualidad, el SCA se divide en dos grandes grupos de acuerdo a las características electrocardiográficas que presente:

- ▶ *SCA con supradesnivel del ST (generalmente IAM transmural).*
- ▶ *SCA sin supradesnivel del ST (angina inestable e IAM subendocárdico).*

El diagnóstico de SCA se basa en tres pilares: **historia clínica compatible, ECG y enzimas cardíacas**. Los dos primeros pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico en el centro de salud y clasificar al paciente. En caso de dudas se debe derivar al paciente a un centro de alta complejidad para la realización seriada de enzimas cardíacas y ECG, en ambulancia con el equipamiento pertinente.

- ▶ *No olvidemos que el ECG puede ser normal o no específico en pacientes con isquemia o infarto de miocardio, por lo tanto un ECG normal no descarta SCA.*

*Volviendo a Don Javier, en su ECG observamos amputación de las ondas R y marcado supradesnivel del ST anterior extenso (V1 a V6) y lateral alto (DI y AVL), con imagen en espejo en cara inferior (DII, DIII, AVF). Este trazado es característico de infarto en etapa hiperaguda.*

*Concluimos que el paciente cursa un síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del ST, es un infarto agudo de miocardio (IAM) transmural y en curso, requiriendo terapia de reperfusión inmediata.*

### **Atención de emergencia del dolor precordial en el Primer Nivel de Atención**

Cualquier paciente con inicio reciente de dolor precordial en el que sospechamos causa potencialmente grave (ya sea por la historia clínica o el examen físico) debe ser trasladado de forma urgente en ambulancia equipada para tal fin, y debemos comenzar la estabilización en el prehospitalario.

- ▶ *Pedir traslado urgente.*
- ▶ *Colocar acceso endovenoso.*
- ▶ *Suplementar oxígeno (si hay falta de aire, hipoxemia, signos de insuficiencia cardíaca o shock).*
- ▶ *Realizar ECG.*

Si sospechamos que el paciente padece un síndrome coronario agudo:

- ▶ *Indicar 325mg. de aspirina masticada.*
- ▶ *En la mayoría de los casos administraremos nitritos/nitratos sublinguales para aliviar el dolor, 0,4mg de Nitroglicerina (NTG) sublingual (en nuestro medio 5mg de Dinitrato de isosorbide sublingual), con la posibilidad de repetir la dosis si no se obtiene alivio del dolor (cada 5 minutos y hasta un máximo de tres veces, siempre y cuando la pastilla anterior se haya disuelto totalmente). El paciente debe estar recostado o semisentado (nunca de pie), siempre evaluar previamente contraindicaciones como: hipotensión arterial, ingesta reciente de inhibidores de la fosfodiesterasa (por ej.: Sildenafil en las últimas 24 horas), o sospecha de compromiso de ventrículo derecho en infartos de cara inferior.*

- ▶ No indicar inyecciones intramusculares.
- ▶ Traslado inmediato del paciente a un servicio de urgencias.

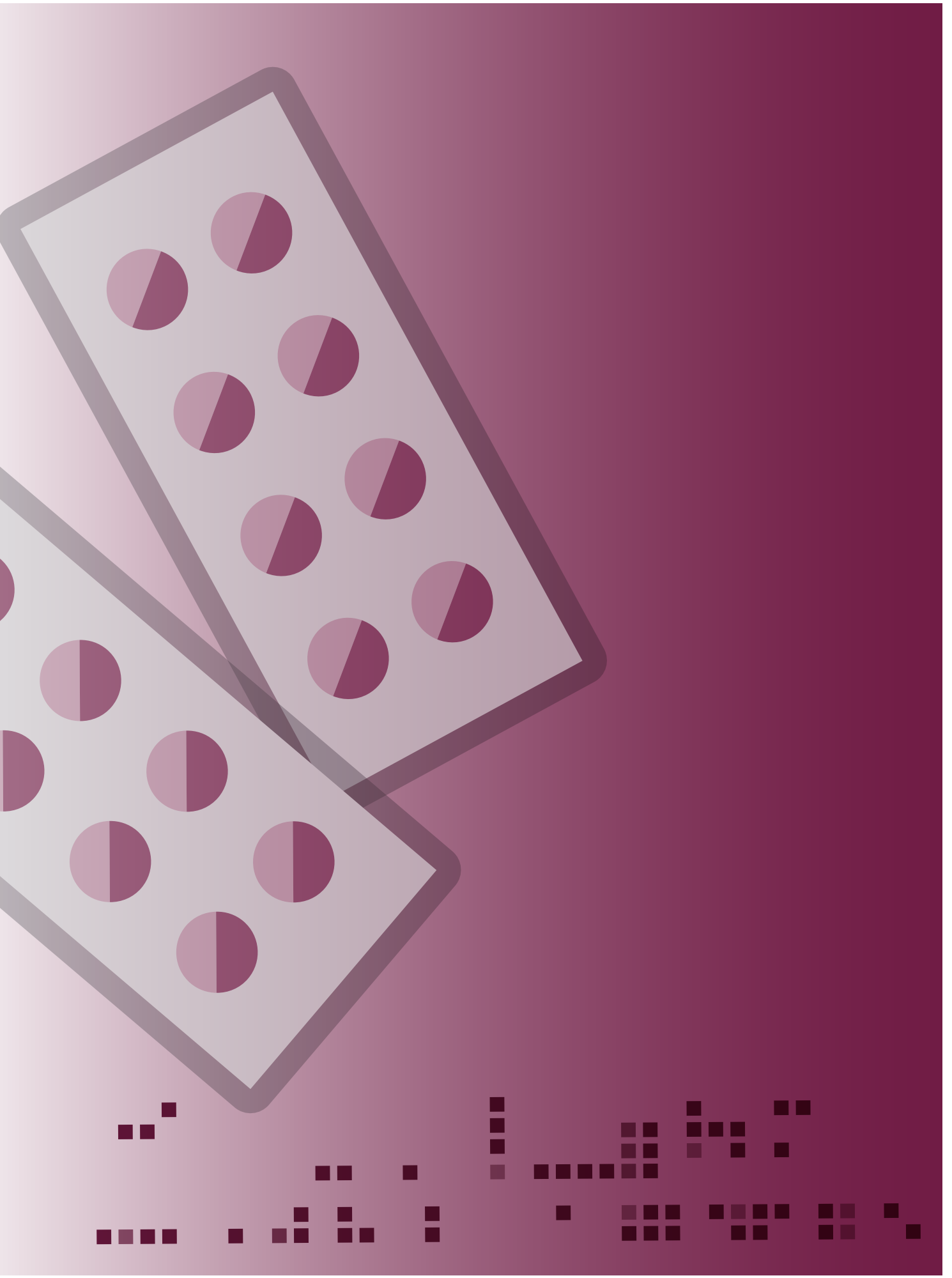


## Puntos claves

- ✓ La incidencia y prevalencia de enfermedad coronaria aumentan con la edad de ambos sexos.
- ✓ La evaluación de pacientes con dolor torácico de inicio reciente debe orientarse a descartar causas que ponen en peligro la vida.
- ✓ Cuando hay dudas en relación a un dolor precordial (sobre todo si es un dolor en curso) se debe consultar a un cardiólogo en forma urgente.
- ✓ No olvidemos que el ECG puede ser normal o no específico en pacientes con isquemia o infarto de miocardio, por lo tanto un ECG no descarta SCA.







# 2

## CASO

*Rosa presenta desde hace dos meses una sensación rara en el centro del pecho...*



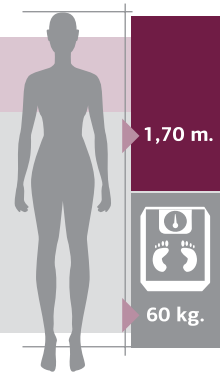
## Caso Problema

Mientras usted se despide de Don Javier, se acercan dos residentes de Medicina General que rotan por el centro de salud (Natalia y Jorge), quienes le solicitan su opinión en relación al problema de una paciente:

Rosa tiene 65 años y no presenta antecedentes de importancia. Desde hace dos meses aproximadamente presenta una sensación rara en el centro del pecho, como pesadez o ardor, refiere que la molestia le aparece al caminar algunas cuadras, dura unos 10 o 15 minutos y cede al detenerse. El último episodio le ocurrió mientras planchaba la ropa y duró un poco más que los anteriores. La molestia no se acompaña de otros síntomas ni signos.

### Examen físico:

Peso: 60kg Talla: 1,70 m  
TA: 140-90 mmHg FC: 90 regular. FR: 16 por min. Temp. 36,5 grados  
No presenta otros datos positivos en el examen físico.  
Quisimos realizar un ECG pero el electrocardiógrafo del centro de salud no funciona correctamente.



## Interrogantes

- ¿Cuál es tu impresión diagnóstica?
- ¿Qué conducta tomarías?



## Aportes teóricos

El concepto de Síndromes Coronarios Agudos abarca una serie de síntomas clínicos compatibles con isquemia miocárdica aguda. Comprende al infarto de miocardio (con elevación o depresión del ST, con o sin onda Q) y a la angina inestable.

En esta oportunidad nos referiremos a los síndromes coronarios agudos (SCA) sin supradesnivel del ST:

- ▶ *Angina inestable.*
- ▶ *IAM sin elevación del ST.*

### Características distintivas

#### Angina inestable

- ▶ La rotura de una placa de ateroma (accidente de placa) en un vaso coronario causa una obstrucción crítica pero no completa al flujo sanguíneo.
- ▶ Puede presentar cambios electro-cardiográficos sugestivos de isquemia.
- ▶ Las enzimas cardíacas no se elevan.

#### IAM sin elevación del ST

- ▶ El accidente de la placa de ateroma produce una obstrucción completa al flujo coronario.
- ▶ La isquemia tiene severidad suficiente como para producir daño miocárdico y elevación de biomarcadores.

Al momento de su presentación ambas situaciones pueden ser indistinguibles, manifestándose con una clínica similar. El ECG puede ser normal, presentar depresión del ST o cambios en la onda T, que serán transitorias en la angina inestable y persistentes en el IAM. El manejo inicial es el mismo en ambas situaciones clínicas.

### ¿Qué determina la estabilidad o la inestabilidad de la angina de pecho?

La angina de pecho se presenta como consecuencia de un desequilibrio entre la demanda y oferta de oxígeno al miocardio, provocado generalmente por la aterosclerosis de las arterias coronarias.

La placa de ateroma (que lleva años en su formación y por tanto permite la formación de circulación colateral) produce una obstrucción fija y estable al flujo coronario, cuando la demanda de oxígeno en el miocardio aumenta. Por ejemplo con el esfuerzo la oferta al mismo resulta insuficiente, generándose así dolor de pecho o ángor.

La obstrucción fija y estable al flujo sanguíneo en las arterias coronarias le confiere características especiales a los episodios de dolor:

- ▶ *Comienzo con el esfuerzo.*
- ▶ *Intensidad y precipitantes similares a lo largo del tiempo (obstrucción fija y estable).*
- ▶ *Duración limitada (de 2 a 20 minutos).*
- ▶ *Alivio con reposo o nitroglicerina.*

## ¿Qué es lo que genera la inestabilidad en la angina de pecho?

La erosión o ruptura de una placa de ateroma (accidente de placa) genera una cascada de eventos (formación de trombos, embolización distal, etc.) que producen reducción repentina y crítica del flujo coronario, de esta manera la obstrucción se convierte en inestable y por consiguiente se pierden las características clínicas que citamos anteriormente.

- ▶ *Dolor no relacionado con esfuerzos.*
- ▶ *Aumento en la intensidad o cambio en las causas precipitantes del dolor.*
- ▶ *La duración del episodio puede superar los 20 minutos.*
- ▶ *Sin alivio del dolor con el reposo o la nitroglicerina.*

El paciente que cursa un cuadro de ángor inestable puede presentarse principalmente con:

- ▶ *Angina de reposo.*
- ▶ *Angina de reciente comienzo.*
- ▶ *Angina progresiva. Angina diagnosticada previamente que aumentó en frecuencia y/o duración y/o intensidad y/o ha disminuido su umbral (ha aumentado a un grado superior de la CCS\*).*
- ▶ *Angina post IAM.*

\* **Grados de angina de pecho. Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS).**

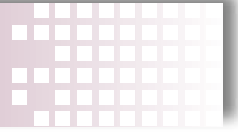
<b>GRADO I</b>	La actividad ordinaria (caminar o subir escaleras) no causa anginas. El angor se desencadena por ejercicio agotador o prolongado o intenso en el trabajo o durante la recreación.
<b>GRADO II</b>	Limitación ligera de la actividad física ordinaria. Caminar o subir escaleras rápidamente, caminar cuesta arriba, caminar o subir escaleras después de las comidas o con frío o viento o bajo estrés emocional. Caminar más de dos cuadras o subir más de un piso por escaleras a ritmo normal y condiciones normales.
<b>GRADO III</b>	Marcada limitación de la actividad física ordinaria. Caminar una o dos cuadras o subir un piso por escaleras a paso normal y condiciones normales.
<b>GRADO IV</b>	Cualquier actividad física causa molestias. Angor de reposo.

El IAM sin elevación del segmento del ST generalmente se presenta como una angina de reposo intensa y prolongada, o como equivalentes anginosos (disnea, síncope).

La mayoría de los pacientes que mueren por ángor inestable o por IAM sin elevación del ST lo hacen por muerte súbita, IAM o reinfarto.



## Puntos claves



✓ Cuando la placa de ateroma produce una obstrucción fija y estable al flujo sanguíneo los episodios de dolor presentan características especiales (comienzo con el esfuerzo, intensidad y precipitantes similares a lo largo del tiempo, duración limitada de 2 a 20 minutos, alivio con reposo y nitroglicerina), cuadro denominado **ángor** o **angina estable**.

✓ Cuando se produce un accidente en la placa de ateroma, puede desarrollarse una obstrucción crítica pero no completa al flujo coronario (**cuadro denominado angina inestable**), o generarse una obstrucción completa del vaso (**infarto agudo de miocardio**).

*La mayoría de los pacientes que mueren por **ángor inestable** o por **IAM sin elevación del ST** lo hacen por **muerte súbita, IAM o reinfarto**.*



# 3

## CASO

La clínica y el electrocardiograma de Rosa nos orientan a pensar en...



## Caso Problema

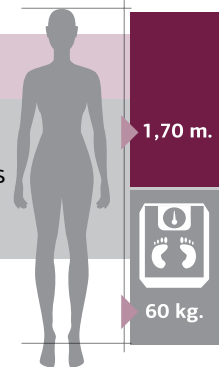
Recordemos el caso: Rosa tiene 65 años y no presenta antecedentes de importancia. Desde hace dos meses aproximadamente presenta una sensación rara en el centro del pecho, como pesadez o ardor, refiere que la molestia le aparece al caminar algunas cuadras, dura unos 10 o 15 minutos y cede al detenerse, el último episodio le ocurrió mientras planchaba la ropa y duró un poco más que los anteriores. La molestia no se acompaña de otros síntomas ni signos.

### Al examen físico:

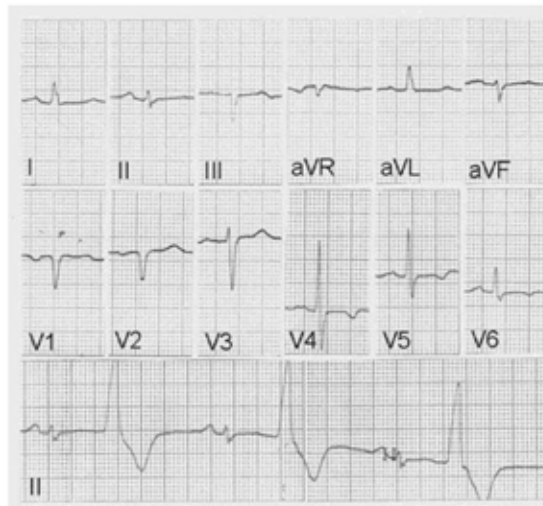
Peso: 60kg Talla: 1,70 m

Signos Vitales: TA: 140-90 mmhg FC: 90 regular. FR: 16 por min. Temp. 36,5 grados

No presenta otros datos positivos al examen.



ECG:



## Interrogantes

- ¿Cómo interpretas el ECG?
- ¿Cuál es tu impresión diagnóstica?
- ¿Cuál sería el manejo inicial de este problema en el centro de salud?



## Aportes teóricos

El paciente que cursa un cuadro de ángor inestable puede presentarse clínicamente de diferentes formas, principalmente:

- ▶ *Angina de reciente comienzo.*
- ▶ *Angina de reposo.*
- ▶ *Angina progresiva. Angina diagnosticada previamente que aumentó en frecuencia y/o duración y/o intensidad y/o ha disminuido su umbral (ha aumentado un grado superior de la CCS).*
- ▶ *Angina post-infarto (desde las 24 horas al primer mes de evolución).*

### Caractericemos a la angina de reciente comienzo:

- ▶ *La definición varía según las publicaciones.*
- ▶ *Involucra a aquella angina de pecho que se inició en los últimos dos o tres meses.*
- ▶ *La presentación clínica inicial es altamente predictiva del pronóstico temprano.*
- ▶ *La historia natural de la angina de reciente comienzo depende en parte de la intensidad de la actividad física en la que aparece. Si el nuevo episodio de angina se desencadena a grandes esfuerzos tendrá probablemente un pronóstico similar a la angina crónica estable, por el contrario, aquellas anginas nuevas que se producen a esfuerzos mínimos o en el reposo tienen peor pronóstico a corto plazo.*
- ▶ *La tendencia actual es a considerar como inestable a aquellas anginas de reciente comienzo que aparecen a esfuerzos ligeros o mínimos, en clase funcional II-III (según la clasificación de grados de angina de pecho de la sociedad cardiovascular canadiense).*

### Respondiendo nuestros interrogantes

El ECG de Rosa presenta:

QRS desviado a la izquierda ( $-30^\circ$ ). Escaso crecimiento de r de V1 a V3. Trastorno de la repolarización anterolateral (T negativas de V4 a V6). Extrasístoles Ventriculares bigeminadas (en la tira de ritmo).

Rosa cursa un síndrome coronario agudo, específicamente una angina inestable denominada angina de reciente comienzo.

El manejo inicial en el centro de salud sería (si el electrocardiograma de Rosa hubiera sido normal tomaríamos la misma conducta):

- ▶ *Solicitar traslado de inmediato a un servicio de urgencias para definir diagnóstico, estratificar el riesgo e iniciar tratamiento específico.*
- ▶ *Colocar acceso endovenoso.*
- ▶ *Suplementar oxígeno (si hay falta de aire, hipoxemia, signos de insuficiencia cardíaca o shock).*
- ▶ *Indicar 325mg de aspirina masticada.*
- ▶ *Si Rosa presentara dolor precordial durante la consulta le indicaremos 0,4mg de Nitroglicerina (NTG) sublingual (en nuestro medio 5mg de dinitrato de isosorbide sublingual), con la posibilidad de repetir la dosis si no se obtiene alivio del dolor (cada 5 minutos y hasta un máximo de tres veces, siempre y cuando la pastilla anterior se haya disuelto totalmente). El paciente debe estar recostado o semisentado (nunca de pie), evaluar previamente contraindicaciones al uso de vasodilatadores como hipotensión arterial, ingesta reciente de inhibidores de la fosfodiesterasa (por ej.: sildenafil en las últimas 24 horas), o sospecha de compromiso de ventrículo derecho en infartos de cara inferior.*

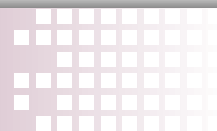
#### **Hallazgos clínicos que empeoran el pronóstico**

- ▶ *Factores de riesgo como la edad avanzada, la diabetes, la insuficiencia renal y otras comorbilidades.*
- ▶ *En pacientes jóvenes que se presentan con síndrome coronario agudo se debe descartar el uso de cocaína, puesto que se relaciona con un daño más extenso en el caso de infarto y mayores tasas de complicaciones.*
- ▶ *El tiempo al último dolor, si hubo dolor en las últimas 24 o 48 horas o dolor en la consulta, el riesgo es mayor.*
- ▶ *Los síntomas en reposo tienen un peor pronóstico que los síntomas que solo son provocados durante el ejercicio.*
- ▶ *Dolor prolongado.*
- ▶ *Dolor en pacientes que ya realizaban tratamiento antianginoso convencional.*
- ▶ *La presencia de taquicardia, hipotensión o insuficiencia cardíaca, indican peor pronóstico.*





## Puntos claves



El paciente que cursa un cuadro de ángor inestable puede presentarse principalmente con:

- ✓ Angina de reposo.
- ✓ Angina de reciente comienzo.
- ✓ Angina progresiva. Angina diagnosticada previamente que aumentó en frecuencia y/o duración y/o intensidad y/o ha disminuido su umbral (ha aumentado a un grado superior de la CCS).
- ✓ Angina post IAM.

El riesgo individual de complicaciones en el paciente con ángor inestable debe establecerse de forma inmediata, por personal entrenado y en el nivel de atención que pueda tomar las conductas terapéuticas necesarias.

---

*Podés consultar otros casos visitando nuestra web: [www.progamaremediar.wordpress.com.ar](http://www.progamaremediar.wordpress.com.ar), donde vas a poder dejar tus dudas, comentarios y sugerencias. Hasta el próximo número. ¡Saludos afectuosos!*

**Programa Remediar**

---





# Bibliografía

## Caso 1

### Bibliografía

Lobos Bejarano, J.M., Díaz Sánchez, S., Del Castillo Rodríguez, J.C., y col. (2012). *Factores de riesgo y problemas cardiovasculares y del sistema circulatorio*.

Thomas J. Ryan MD, Guy S. Reeder MD. (2012). *Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome in the emergency department*. UpToDate.

James L. Meisel, MD. (2011). *Diagnostic approach to chest pain in adults*. UpToDate.

Ronaldi, F., Navarro Estrada, J. (2006). *Síndromes coronarios agudos*. Sección 14, 141. Rubinstein, A., Terrasa, S. Medicina Familiar y Práctica Clínica Ambulatoria. Segunda edición. Argentina. Panamericana.

Consenso de Síndromes Coronarios Agudos. Revista Argentina de Cardiología. (2005). Volumen 73 , suplemento 3:1-62.

Fecha de publicacion en el blog [www.remediarredes.blospot.com](http://www.remediarredes.blospot.com):  
27 de Junio 2013.

## Caso 2

### Bibliografía

Lobos Bejarano, J.M., Díaz Sánchez, S., Del Castillo Rodríguez, J.C. y col. (2012). *Factores de riesgo y problemas cardiovasculares y del sistema circulatorio*. Capítulo 17, Volumen 1. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2° edición. España: Editorial Panamericana, 2012. SemFYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Thomas J. Ryan MD, Guy S. Reeder MD. (2012). *Initial evaluation and management of suspected acute coronary syndrome in the emergency department*. UpToDate.

James L. Meisel, MD. (2011). *Diagnostic approach to chest pain in adults*. UpToDate.

Ronaldi F, Navarro Estrada J. (2006). *Síndromes coronarios agudos*. Sección 14, 141. Rubinstein, A., Terrasa, S., Medicina Familiar y Práctica Clínica Ambulatoria. Segunda edición. Argentina. Panamericana.

Consenso de Síndromes Coronarios Agudos. Revista Argentina de Cardiología. (2005). Volumen 73, suplemento 3:1-62.

Fecha de publicacion en el blog [www.remediarredes.blospot.com](http://www.remediarredes.blospot.com)  
30 de agosto 2013.

## Caso 3

### Bibliografía

*ESC guidelines for the management of the acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST - segment elevation.* European Heart Journal. (2011).

*Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non-ST - Elevation Myocardial Infarction.* American College of Cardiology/American Heart Association. (2007).

*Síndromes coronarios agudos sin elevación inicial persistente del ST.* Sociedad Argentina de Cardiología. Revista Argentina de Cardiología. (2005).

Fecha de publicación en el blog [www.remediarredes.blospot.com](http://www.remediarredes.blospot.com)  
14 de octubre 2013.

### Autores

Med. Jesús Fumagalli

### Comité Editorial

Lic. Mauricio Monsalvo

Med. Romina Gaglio

Méd. Analía Gil

Revisor de estilo: Lic. Leandro Koren

### Agradecimientos

A la Dra. Graciela Gimeno por su gran colaboración en el armado y revisión de los artículos de esta guía, su trato amable y respetuoso y su gran disposición al trabajo.

### Revisores

#### Caso 1

Revisora: Dra. Graciela Gimeno. Médica cardióloga. Coordinadora de la Sección Insuficiencia Cardíaca. División Cardiología. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Coordinadora del PROSAC (Programa de Actualización continua de la Sociedad Argentina de Cardiología).

#### Caso 2

Dra. Graciela Gimeno. Médica cardióloga. Coordinadora de la Sección Insuficiencia Cardíaca. División Cardiología. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Coordinadora del PROSAC (Programa de Actualización continua de la Sociedad Argentina de Cardiología).

#### Caso 3

Dra. Graciela Gimeno. Médica cardióloga. Coordinadora de la Sección Insuficiencia Cardíaca. División Cardiología. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Coordinadora del PROSAC (Programa de Actualización continua de la Sociedad Argentina de Cardiología).

