

- ⚠ **Dolor torácico típico**  
(retroesternal opresivo, no calma con reposo...)
- **Cortejo vegetativo**  
(síncope, diaforesis, sensación de muerte, náuseas...)

# Síndrome Coronario Agudo

**NO ES SCA:**  
Dolor torácico asociado estrés/esfuerzo (nunca durmiendo), calma en reposo, dura <10-15'  
(posible angina estable: estudio ergometría)

**ECG 12 deriv:**  
**¿eleva ST?**  
(isquemia transmural)

**sí**

no,  
deprime en **anteriores**  
(imagen especular)

no,  
deprime en **miembros**  
(isquemia subendocárdica)

**ECG derecho  
y posterior**

**¿eleva enzimas?**  
(CK/CKMB, Tn) ⚠

**dolor autolimitado**  
(<20')

difuso, **sin** imagen  
especular

**con** imagen  
especular

• CPK fuera de rangos  
• cualquier Tn

CPK elevada, pero  
dentro de rangos

**angina  
vasospástica**

**pericarditis**

**IAMCEST**

**IAMSEST**  
("no-Q")

**angina  
inestable**

Clínica:  
• aparición **reciente** (<1m)  
• rápida **progresión**;  
mayor intens / menor umbral

nitratos PRN (Vernies)  
+ **inhibidores Ca<sup>2+</sup>** ⚠

- ECG: descenso PR
- AC: roce pericárdico
- alivio dolor sentado
- H<sup>a</sup> viriasis reciente
- **también puede elevar enzimas**

si duda →

**nitratos** ⚠  
+ **AAS** (300 mg)  
+ **heparina** (4000 UI)

**URGENTE**  
**PTCA / fibrinolis** ⚠  
≅ 2h; PTCA si >6h

**nitratos**  
+ **AAS** (300 mg)  
+ **heparina** (4000 UI)

**coronariografía**

**PTCA**

## Tratamiento común cardiópata isquémico

- **βbloqueante** (bisoprolol)  
*disminuye mortalidad*
- **IECA** (enalapril)  
*antiHTA y disminuye remodelado*
- **Estatinas** (simvastatina)  
*objetivo: LDL <100*

## ⚠ ¡Atención!

- "A los diabéticos no les duele"
- Puede elevar enzimas por trauma (desfi, inyecciones...)
- No nitratos si TAS < 90 mmHg
- No fibrinolis si antecedentes ACV hemorrágico.
- Verapamilo y diltiazem bloquean nodo AV y contraindicados con βB