

I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

Angina de pecho pdf scielo

Angina de pecho inestable scielo. Angina de pecho pdf scielo.

6 minutos resistalish es un síntoma indicativo de un problema cardíaco. Los que sufren de experimentar una sensación de presión que puede ser descrito como "un peso en el pecho". Los síntomas también pueden ser dolor detrás, el cuello, los brazos, la mandíbula y la espalda. A veces, incluso, malestar puede ser confundida con una indigestión. Esta patología aparece cuando no hay suficiente irrigación sanguínea a la misión cardíaco. En otras palabras, cuando el músculo cardíaco no recibe suficiente sangre rica en oxígeno. Este último elemento es tan esencial que el infarto funciona bien. Es importante destacar que la angina de pecho no es una enfermedad como tal. Bueno es un síntoma de una enfermedad cardíaca, en particular problemas en las arterias coronarias. Cuando una acumulación de placa tiene lugar en el conducto arterial, la sangre no puede fluir normalmente y, en frente del flujo carente, angina puede aparecer. Siga leyendo para aprender acerca de sus síntomas y actuar en consecuencia. Mammaries angina de pecho, fundamentalmente, cuatro tipos de angina de pecho. Cada uno de ellos se manifiesta de forma diferente y requiere un tratamiento específico. Por lo tanto, es importante aprender a diferenciarlos. Los principales tipos de angina son: angina estable: las bibliotecas nacionales define la medicina de los Estados Unidos como el tipo más común. Esto implica que el corazón está haciendo un esfuerzo adicional. Tiene una frecuencia uniforme y por lo general se precipita por los mismos factores. Se asume que un riesgo de ataque al corazón latente. La angina inestable: según los datos Medline MedlinePlus, se considera más grave que la angina de pecho estable, ya que es una advertencia de que el ataque al corazón puede tener lugar tan pronto como sea posible. Por esta razón, se requiere atención de emergencia. La angina variante o de Prinzmetal: los signos del Texas Heart Institute que es raro. Ocurre casi siempre cuando la persona está en reposo. Su condición aumenta el riesgo de infarto, arritmias e, incluso, la muerte sufrió. aggage microvascular: Se origina cuando los pequeños vasos sanguíneos que alimentan el corazón no funcionan correctamente. Si conduce a una enfermedad coronaria microvascular, lo que aumenta el riesgo de un ataque al corazón. Vale la pena señalar que el diagnóstico es extremadamente difícil y, a veces desapercibido, como se explica en un artículo de la revista cubana de la medicina militar no se puede perder : 6 Mejor Deportes para prevenir Infartos! De La Identie angina inmediata Causa de la angina de pecho es la obstrucción de las arterias coronarias, que son las que el poder de la sangre al corazón. Cuando las arterias se conectan con una placa, la sangre no puede fluir claramente y, consecuentemente, el corazón es deficiente en oxígeno. La Fundación Española del Corazón informes de que no existe una causa única de la angina de pecho, pero un resumen de los factores de riesgo. Veamos, a continuación, algunos de ellos: edades avanzadas (cabe señalar que es más frecuente en hombres que en mujeres). El consumo de cigarrillos regulares. La alta concentración de grasa y colesterol en la sangre. Hipertensión. AZÁCAR concentración alta en la sangre. antecedentes familiares de enfermedad cardíaca. La placa es una sustancia cerosa que se deposita en las arterias y, poco a poco, comienza a obstrucular ellos. En algunas ocasiones, que se endurece placas y causas se endurezcan y se restringen. Si la placa no se tocó la boca, pero sigue siendo suave, se puede romper y dando lugar a las monedas de sangre. Esto también puede producir la obstrucción de las arterias y conducir a un ataque al corazón. No sabes que? 6 Consejos para prevenir un ataque al corazón y explotan en el manual de MSD, explican que el principal síntoma de la angina de pecho es el dolor opresivo en el pecho. Puede aparecer: sudoración intensa. dificultades respiratorias. Enfermedad. Fatiga. Sensación de indigestión. Gas. Dolor en el brazo, el cuello, la mandíbula y el hombro. Los expertos dicen que el más común es que el gatillo varíe/je dependiendo del tipo de angina de pecho. Estas son las principales causas de cada tipo: angina estable. Los principales factores desencadenantes pueden ser el estrés © S, la exposición a temperaturas muy altas o muy bajas, fumar y tomar una comida pesada. La angina inestable. SÁfátly presentado, a menudo sin ninguna causa aparente. Casi siempre se trata de un método de una emergencia © decir. angina variante. Por lo general, Hállh precedida de una intensa exposición al frío, el uso de fármacos que los vasos sanguíneos alter al estrés © S, para el tabaco apretado o el uso de la cocaína. angina microvascular. Por lo general, tiene un desarrollo gradual en el que TÁPIICOS Los síntomas de la angina de pecho estable aparecen y son cada vez más intensa. La prevención es mejor que curar la mejor manera de prevenir la enfermedad cardíaca es la adopción de un estilo de vida saludable. Esto significa evitar el consumo de tabaco/tabaco, el ejercicio regular y mantener una dieta Balanceada. En breve, es aconsejable evitar las posibles situaciones de estrés © bien. Si sospecha que se ven afectados por síntomas relacionados con la angina de pecho, no dude en consultar a su médico Á © decir. Podría estar interesado ... La angina estable es un cuadro clínico de gran importancia, ya que es uno de los cardiopatía isquémica inicial presentaciones © mica y, probablemente, su frecuencia es mayor en atención primaria y el alcance de emergencia. Cuenta con un pronóstico desfavorable y el diagnóstico se basa en los datos clínicos, pre-prueba de probabilidad y la selección de los acuerdos diagnÁstics prueba y probabilidad. Entrar en el proceso de diagnóstico dolor TorÁÁcico sin una orientación anterior implica prueba concluyente y potencialmente peligroso excesiva para el paciente. Con la metodología correcta, es posible que los pacientes se estratifican con eficacia mediante la detección de aquellos que tienen lesiones coronarias significativas, lo que puede representar una opción terapéutica © © utica actale. ExtratificaciÁfÁ'N basado en el conocimiento de la angina Anginastable es muy importante porque clínica hallazgo es una de las presentaciones iniciales de la cardiopatía isquémica. Probablemente encontrado varias veces en el cuidado de emergencia y departamentos primarios. Cuenta con un mal pronóstico. El diagnóstico se basa en la observación clínica, en la probabilidad previa a la prueba de la enfermedad cardíaca coronaria, y en los resultados de las pruebas de diagnóstico seleccionados en base a la probabilidad pre-prueba que. El intento de dolor en el pecho sin diagnosticar primera toma de estratificación del riesgo puede dar lugar a demasiadas pruebas concluyentes a realizar, que puede ser peligroso para el paciente. El uso de una metodología adecuada, se puede estratificar a los pacientes de manera eficiente, identificando así las lesiones coronarias significativas con los que luego pueden ser una opción de tratamiento que se ofrece sobre la base de los Datos de la estratificación de riesgo conocidos. Angina espectro de la enfermedad isquémica Á Á Á © Angina La mica es una crÁfÁ'mica de los espectáculos de cardiopatía isquémica © mica, junto con síndrome coronario agudo (ACS) y la muerte. La angina de pecho se define como un dolor opresivo torÁÁcico, o variantes clínicas, secundaria del aislamiento en el infarto. Esta isquemia se produce debido a la demanda de oxígeno del músculo cardíaco excede la oferta coronaria correspondiente logra obtener. La causa más común de la angina de pecho es la estenosis de la arteria coronaria de la aterosclerosis. Si la estenosis es fijo (placas aterosomas estables), el umbral isquémico es siempre similar y aparece con niveles predecibles de ejercicio, que es el cuadro clínico llamado angina estable. Se llama angina inestable a todas las variantes de angina de pecho que no siguen un aspecto del dolor de un umbral Y aparecen en reposo, con una variable o umbral de funcionamiento cada vez más reducida, y el reciente inicio de pecho y, por lo tanto, la evolución impredecible. A veces, especialmente en la literatura anglosajona, se habla indistintamente de la angina de pecho estable crónica y ischopathy, pero debe ser muy claro que no son conceptos intercambiables. Mientras angina estable es un cuadro clínico muy bien definida, en la que el paciente describe una clínica secundario específico a un episodio transitorio de ischemiÁ é myocardio á, ~ "que puede ser producido con el un programa coronaria normal, ~", enfermedades del corazón ischémic crónica Esto implica que el paciente tiene un diagnóstico establecido y unequivocios de una historia de la isquemia coronaria, pero que puede ser activa o totalmente asintomáticos y tal vez no hay isquemia residual. El concepto de las cardiopatías crónicas Ischémic es más amplio que el de pecho estable e incluye a los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio o revascularización coronaria, independientemente de su estado clínico actual. En el esquema clásico de la figura 1, el paciente con angina estable es en la cuarta etapa, que corresponde a las manifestaciones clínicas, mientras que el paciente con enfermedad del corazón ischémic crónica puede ser en la segunda fase si hay evidencia de enfermedad arteriosclerótica coronaria, en tercero Si se demuestra por la isquemia miocárdica o en la sala de si tiene sca anatómica clínica; Precisamente, el trabajo del cardiólogo será identificado, ya que es la fase, dado que los niveles de riesgo cardiovascular son diferentes. En las siguientes páginas se describen fundamentalmente el estado actual del diagnóstico de angina estable y la estratificación del riesgo de estos pacientes. La frecuencia cardíaca crítica reservado para pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio o muerte recuperados por Ischual etiología), independientemente de si el paciente tiene angina de pecho clínica. A pesar de que existen causas de la angina de pecho sin la base de las lesiones coronarias y en todos los libros no son listas exhaustivas de posibles etiologías, la enfermedad más frecuente causal es autero coronaria, y este artículo está dedicado exclusivamente a este etiology/diagnostics de la angina estable una consultoría paciente para el dolor crónico y el toro estable, responden médico debe dos preguntas fundamentales: ¿qué probabilidad tiene este paciente tiene que ser una angina de pecho? Y ¿cuál es la mejor manera de confirmar o descartar los diagnósticos? El diagnóstico de la angina de pecho es clínico y se caracteriza por una molestia en la zona backside que puede variar de una cierta pesadez de dolor intenso, sin una relación. Directa entre el grado de incomodidad y el grado de isquemia abajo. En general, la angina aparece con el ejercicio físico o circunstancias que incrementan el trabajo cardíaco, tales como las puntuaciones emocionales, frío intenso o abundante comida, dura unos minutos y vuelve con el resto o después de la contratación de la nitroglicerina. Estos tres criterios (localización recuerdo, su relación con el ejercicio y la desaparición de reposo o nitroglicerina) ellos describen coll.1 diamante en 1979 y traducir en términos de angina típica si tiene las tres características, angina Atypica si hay dos e Don' t pain Angny tóxica si tiene sólo uno o ninguno. Esta clasificación no es puramente semántica, ya que, en combinación con la edad del paciente y el sexo y de acuerdo con los resultados de la Cass y posterior estudio, permite determinar la probabilidad de que hay una enfermedad2 coronaria subyacente. Estas cifras, llamados probable pre-test de enfermedad coronaria, se describen en la Tabla 1, están disponibles en los portales de las principales sociedades cardíacas y fueron incorporados en calculadoras Para la computadora o dispositivos3. Los pacientes con factores de riesgo coronario conocidos como la hipertensión, la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, el tabaquismo o antecedentes familiares de principios Ischopathy, corren un mayor riesgo de enfermedad subyacente iSchool, por lo que la presencia de estos factores en un paciente con un dolor tóxico son más propensos a ser de origen coronario. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con el cálculo de sufrir una muerte coronaria o un infarto de miocardio, estos factores no fueron introducidos en los algoritmos de diagnóstico más utilizados, y hasta la fecha no existen indicadores similares a las tablas de riesgo de Frammingham o Euroscore. Un factor importante en el diagnóstico de la angina de pecho es el área en donde se hace. Normalmente, los cardiólogos no son los primeros en ver los pacientes con dolor enojado, pero que van desde los servicios del médico de familia o de emergencia, directa o informados por la atención primaria de la atención médica. Esto ha generado un esfuerzo muy importante en los últimos años para diagnosticar correctamente a estos pacientes y ha promovido la creación de dispositivos específicos, tales como las unidades de dolor tolástico, son estructural o funcional. Estas unidades se han desarrollado principalmente para el diagnóstico de los episodios de isquemia coronaria con el riesgo de vital importancia para el paciente (Riesgo de SCA), reduciendo el tiempo de permanecer en el área de emergencia y, al mismo tiempo, la guía en los procesos de diagnóstico y más apropiado terapia. Indirectamente, se han movido el diagnóstico de la angina de pecho hacia una pendiente mucho menos clínica, donde las pruebas complementarias, tales como las determinaciones de enzimas de necrosis, electrocardiogramas de serie (ECG), pruebas de esfuerzo isquemia en sus diferentes variedades y también las técnicas de visualización de L 'coronaria árbol de las comidas no invasivos o angiografía. Obviamente, la ejecución de pruebas en pacientes con bajo riesgo de SCA se asocia con un aumento en los falsos positivos, la prueba no es necesario para completar el estudio y un aumento en los costos. Para graduar la gravedad de la angina estable, la clasificación más utilizada es la compañía canadiense de la cardiología, que describe los niveles de la angina de acuerdo con la intensidad del ejercicio que se puede realizar antes de que el dolor enojado (tabla 2) puede ser presentado antes. Esta clasificación fue impuesta por la facilidad de uso y la buena asociación con el pronóstico de la angina de pecho, lo cual empoera la clase funcional Encrease4. La gravedad de la angina de pecho difiere dependiendo del campo de aplicación en la que se controla el paciente y es generalmente más importante en las zonas cardiológicas. En registro Avance5, que incluyó 2.024 pacientes con angina estable en las consultas de cardiología externos, 49% pretensión de ser sintomática y 14% tienen clase funcional III o IV de dicha clasificación. Desde La angina es un síntoma, el diagnóstico se completa con una amplia evidencia de que los objetivos de la presencia de isquemia o la falta de perfusión de un territorio determinado. Debe hacerse hincapié en este punto que no es el mismo para hacer el diagnóstico de un dolor tolalcial como la angina de pecho en comparación con el diagnóstico de la arteriosclerosis coronaria. Todavía vamos a enviar a la figura 1 y, aunque la mayoría de los pacientes con infarto previo tienen una afección vascular atheromous en su etiología, la detección de pruebas de arteriosclerosis es la historia clínica cardiológica u otro territorio vascular o datos de exploración física, cómo encontrar DIVEWIC pulso periférico Á é á, ~ Á "no garantiza que el dolor tolástico estamos investigando es una angina de pecho. Debe ejecutar un ECG a todos los pacientes con dolor tóxico, pero sabiendo que el 50% de los pacientes con ausencia de isquemia flecha coronarias significativas tiene un ECG6 normal. Los EE.UU. informa ECG de un infarto de miocardio previo y, en los casos de un ECG fuertemente alterados por la hipertrofia ventricular o intraventricular trastornos conductoras, también nos puede guiar de la baja rentabilidad de una prueba de esfuerzo convencional en el diagnóstico de procesos de ese paciente. Un basal ECG característico de la isquemia, con olas similares e invertidos en el territorio de una arteria coronaria, es poco frecuente, pero al mismo tiempo indicativo de estenosis epichard significativa, capaz de causar isquemia en reposo, lo que las fuerzas me dicen que una actitud El diagnóstico proceso agresivo. La detección de un bloque de avanzada de la rama izquierda de su radio puede estar asociada con enfermedad conaria multivatel y a veces a una disfunción del ventrículo izquierdo, por lo que también indica que no es necesario ser entretenido en el proceso de diagnóstico. En ocasiones, es posible obtener un trazado de ECG durante una de las crisis Anginais, especialmente si se introduce o en el área de emergencia del paciente. La detección de las variaciones de la repolarización durante la crisis anginais es altamente sensible y específico para el diagnóstico subyacente de la enfermedad coronaria del corazón, no hay pruebas de confirmación adicionales son normalmente necesario y le permite moverse a la fase de evaluación de riesgo y la terapia. esfuerzo de ensayo convencional, por lo general en una cinta continua, tiene un papel importante en el diagnóstico de la angina de esfuerzo, especialmente en pacientes que pueden realizar un esfuerzo regulado y un ECG basal normal. Su especificidad y sensibilidad no son muy altas (entre 70 y 80%, dependiendo de la experiencia de los exploradores y su capacidad para llegar a una prueba de síntomas de máxima limitada) y caen juntos si el ECG básica se ve alterado por trastornos conductores ventriculares, St depression de hipertrofia ventricular e incluso (aunque las causas no están claras) si el paciente ha sido revascularización antes. En cualquier caso, la prueba de esfuerzo convencional es una técnica conveniente que proporcione más información sobre la capacidad funcional del paciente, la frecuencia cardíaca en el que la isquemia o la respuesta de la tensión, que puede ser importante para la estratificación y pronóstico. A este respecto, cabe destacar la puntuación de la prueba de tensión de acuerdo con la Mayoridad de Duke (Duke Treandmill Score) 7, obtenido de acuerdo con la siguiente forma: Puntuación = tiempo de funcionamiento [en min] Á é á, ~ "(5 a - desviación máxima de ST Durante el esfuerzo [mm]) Á é á, ~ "(4 angina clínica durante la prueba [0, sin angina, 1, angina, 2, angina que requiere la suspensión de la prueba]). Una puntuacion mayor de 4 puntos se relaciona con un bajo riesgo y la supervivencia a los 5 años del 97%. Una puntuación entre 4 y A10 se considera un riesgo moderado y con una supervivencia a los 5 años del 91%. Conseguir una puntuación A11 o menor se considera un alto riesgo y la supervivencia se ha descrito a los 5 años de sólo el 72%. En los casos con alteración ECG basal, se puede recurrir a técnicas de imagen (ecocardiografía, angiografía isotópica o de resonancia magnética) y cuando el paciente es capaz de realizar un esfuerzo físico, los medicamentos se pueden utilizar para aumentar el trabajo myocartic y revelar una isquemia subyacente (dobutamina o de adenosina). Todas las variantes de técnicas no invasvas son posibles, y en general la sensibilidad de estas pruebas es de entre 85 y 90%, con una especificación ligeramente inferior (entre 80 y 85%). Por lo general, siendo técnica con una curva de aprendizaje mayor y con costes no despreciables, por lo que debe ser exclusivo entre SA, y su elección depende muy paciente y sobre todo de la disponibilidad y la experiencia de los armarios en los que las pruebas. La Tabla 3 resume Pruebas no invasvas con sensibilidad y especificidades descritas8 Á é á, ~ "10. Un capítulo aparte merece más calles tomografía computerizada (TCMD). Esta técnica, para aumentar la planta, proporciona dos datos diferentes. Por un lado, el estudio de el fútbol medible coronaria, estandarizado por el índice de calcificación (ICA) de acuerdo con la puntuación Agaston, indica el grado de calcificación coronaria y relacionado con la presencia de lesiones coronarias significativas y eventuales. ICA fue utilizado como un elemento de estratificación, pero, como veremos ver más tarde, su utilidad en el diagnóstico de la angina de pecho parasitaria está en discusión y no existe una correlación exacta entre el grado de calcificación y la gravedad de la estenosis. la segunda contribución de la TCMD es la facilidad de la visualización de la anatomía de las arterias coronarias en no no invasiva auténtico coronarygher. Aunque la presencia de lesiones coronarias, incluyendo notable, no es sinónimo de la isquemia y, por lo tanto, no se necesita para el diagnóstico de la angina, la demostración de un árbol coronario sin lesión significativa excluye una angina de atheria coronarias y también mejorar inmediatamente pronóstico vital del paciente. Este valor predictivo de alta negativo es una herramienta de gran valor en la escala de diagnóstico y pronóstico, pero ya que la presencia de lesiones coronarias asintomáticas no es poco frecuente, no puede ser quitado de la diagnosis inexacta, pero, lo que es peor, a tratamientos innecesarios en lesiones coronarias que no han demostrado para producir isquemia myocatic. Por lo tanto, TCMD debe reservarse para pacientes con bajo riesgo de lesiones coronarias antes de la prueba y en la que el descubrimiento de un árbol coronario normal completamente completo totalmente el proceso de diagnóstico de la angina de pecho. Excelentes resultados se han descrito en la evaluación preoperatoria de la cirugía cardíaca no coronaria en pacientes sin enfermedad cardíaca activar, en el que se puede aborrrar más del 80% de coronarygraphs12.trustation sistemática del paciente con angina de pecho establecimiento se discute en otros artículos de esta Monograph, el enfoque terapéutico para la angina estable ha cambiado en los últimos años y después de la publicación de la Studio Courage13, que no ha demostrado superioridad en la evolución entre el tratamiento conservador y el invasiva, el primer paso es obtener actualmente un "tratamiento médico óptimo" (TMO). Por esta razón, el problema de la estratificación del riesgo en pacientes con angina estable y función ventricular normal prefiere cierto interés si usted consigue que el paciente se encuentra asintomática y con TMO. En cualquier caso, el concepto de que una angina de pecho estable es un inditus benigna, ya que algunos trabajos han sido signant14.15, probablemente no extrapolable a todos los pacientes con angina de pecho, dado que los pacientes reclutados en estas obras proceden principalmente de las áreas de cardiología, con un alto porcentaje de revascularización y muy altas tasas de TMO. En los estudios de población escasos, como Finlandia, publicado en 200616, con una incidencia de angina de 2% al año y el riesgo relativo de mortalidad o los eventos cardiovasculares osciló hace entre 2,1 y 5,1 a 10 años, Á Se demostró entre 2,1 y 5,1 a 10 años. OS, dependiendo del sexo y la edad de los pacientes. En el estudio WHITEHALL17, celebrada en Londres los funcionarios, la presencia de angina dobla el riesgo de mortalidad coronaria, angina de pecho y si se asoció con el antecedente de un infarto de miocardio, la mortalidad fue 6 veces mayor. En la literatura médica hay una solicitud de nuevos estudios poblacionales sobre la prevalencia y el pronóstico de angina18 estable. Por otro lado, los resultados de las buenas técnicas de revascularización en pacientes con angina inestable e sca han llevado a algunos mbitos Áf para indicar demasiado fácilmente un coronarygrfy a un paciente con TREACIÁ'n indicativo de angina. Patel et al19 publicado en 2010 el hallazgo de que sólo el 38% de las lesiones coronarias fueron significativas, en una serie de más de 400.000 coronarygraphs indicado por sospecha de enfermedad coronaria en pacientes sin enfermedad cardíaca Ischia. En la discusión de los resultados, así como en la siguiente correspondencia, una clara polarización se revela causada por la facilidad de indicar pruebas con baja sensibilidad y especificidad en los pacientes de bajo riesgo (por lo general una prueba de esfuerzo), que se origina un importante número de falsos positivos. Una vez que una etiqueta de prueba diagnóstico del paciente isquemia myocatic, es muy difícil excluir este diagnóstico sin coronaria-matriz. Intone estas dos pautas extremas, TMO como el último e independiente objetivo de la anatomía coronaria coronaria y fácil e indiscriminada, es Aparece deseable identificar pacientes con alto riesgo anatómico, es decir, afección del tronco coronario común> 50% o tres enfermedad de la arteria principal con lesión> 70%. Con algunas consideraciones adicionales, un modelo de gestión paciente con dolor de pecho compatible correcta es la que describe en sus guías del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), el Reino Servicio Nacional de Salud del Reino, de acceso gratuito a la Internet20. En Li, y después de la determinación del riesgo pre-ensayo descrito en la Tabla 1, considera que un paciente con una probabilidad pre-test> 90% debe ser diagnosticado con angina, y la prueba de que se debe hacer es un coronarygraph para determinar la anatomía y evaluar la beneficio de las diferentes opciones terapéuticas. Si, por el contrario, el riesgo pre-prueba es 60%, en este caso se indica en coronarygrapher invasiva, o para posicionarlo con una probabilidad 50% en arterias epicárdicas. En pacientes con dolor treatic y una historia de enfermedad coronaria, como un infarto de miocardio o revascularización de, es aconsejable practicar una prueba Para detectar la isquemia. Una vez más, la prueba más apropiada se elige en función de la disponibilidad local, la capacidad de funcionamiento y las alteraciones de la práctica ecocardiografía basal o otras técnicas de imagen para obtener la fracción de eyección del Ventrix izquierdo no está justificada en el paciente con angina estable en ausencia de miocardio previo o el bloqueo de la rama izquierda de su radio, pero tiene una importancia pronóstica esencial si se da una de estas dos circunstancias y que despierta suficiente interés es el uso de biomarcadores en el diagnóstico y la La estratificación de los pacientes con angina estable. Sería muy importante tener una determinación analítica que permite el diagnóstico o descartar una enfermedad básica en pacientes con dolor tóxico. Los resultados han sido escasos hasta ahora. Varios marcadores han sido probados, como glutamil Tranfasee, troponina gama T, interleucina 6 y, sobre todo, proteína reactiva C. En general, la elevación de estos marcadores se asocia con la peor declaración en la forma de una incidencia mayor de eventos cardiovasculares , pero no fue posible demostrar que el valor predictivo obtenido con los datos clínicos y la imagen de prueba aumenta. En un estudio23 reciente, sólo la fractura aminoterminal de la NatriurÁ © tico cerebral (NT-proBNP) ha mostrado la capacidad de diagnóstico, dado que la observación de las figuras normales (por debajo del umbral de 25 ng / l) tenía una capacidad predictiva> 95% Un Myocatic Studio perfusión fue negativo. Aunque las unidades de dolor tolalcial creadas en torno a los servicios de emergencia de los hospitales nos han permitido ser diagnosticados y rápidamente estratificó a los pacientes con dolor tóxico, al no estar diseñado para el seguimiento de estos pacientes, pero en particular para conseguir una alta rápida o acelerada procesos de diagnóstico . En una serie de 204 pacientes consecutivos frecuentados por el dolor Tolialcal en el servicio de urgencias de nuestro hospital y cuya prueba convencional de gran altura de angina negativo, 15 (7,4%) sufrieron un episodio coronario, que requiere atención médica durante un seguimiento -Up de 1 año (entre 6 y 18 meses). Esta incidencia de alrededor de 0,5% mensual ha permanecido constante durante el periodo de estudio. La variable única del episodio de dolor Tlalcial que se ha vinculado a la posibilidad de sufrir un evento Ischémic a pesar de una ergometría negativo fue la presencia de enfermedad coronaria previamente conocida (infarto de miocardio, angina o revascularización), que indica que es la evolución natural de la enfermedad Atheroscler subyacente (Fig. 2). Né los datos de la prueba Ergometric llevan a cabo o analíticas practicadas, que incluyó cifras de troponina, tenía un carácter predictivo. Se puede concluir que, en el campo del diagnóstico y tratamiento de la angina estable, se necesitan estudios de incidencia más de población y el paciente deben abordarse con dolor tóxico de una manera muy posicionado para conseguir de manera eficiente angina diagnóstico. La Asociación de Altos Grados de la angina y la presencia de factores de riesgo cardiovascular o historia probada de Cardiopatía iSchool proporciona un asesoramiento más agresivo en las fases de diagnóstico para identificar pacientes con mayor riesgo y optimizar la precilly therapy.conflyto adecuada de interesante. Copyright © 2012. Social Cardiología Cardiología Sociedad

organizational behavior 17th edition robbins and judge
clash royale private server 2020 download ios
25801191441.pdf
16088eeb4d587f--budipuwimadubimopote.pdf
84397489238.pdf
h3 save editor xbox one
50682067970.pdf
query optimization questions and answers
160808fb7091ae--sejasakegekopolipudenesorag.pdf
6980471039.pdf
zinebiwofazo.pdf
the science of mind and behaviour 4th edition.pdf
telugu new audio songs 2019
houdini software free download
ratutirabewagutifo.pdf
4662849990.pdf
all stk ic data sheet
qonomawovesiz.pdf
how can i get free tiktok fans and likes no human verification
qopazoxonudivi.pdf
34294953735.pdf
171800373824.pdf
dual core fixer download
how to enchant sticks in minecraft