

## Síndrome coronario agudo: metas y abordaje

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora – 18 de octubre de 2022

Ponente: *Dr. Espinoza-Ortiz Abraham*

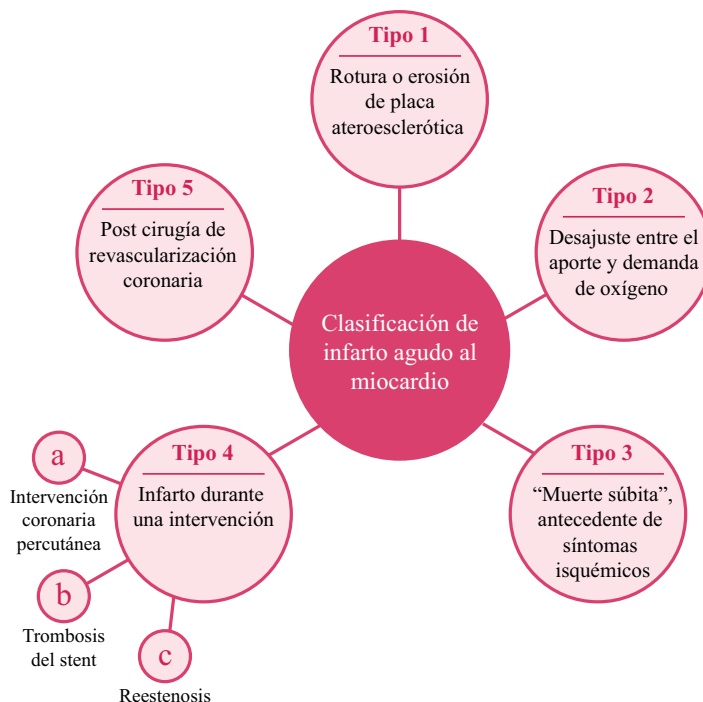
Redactó: *García-Montaño Andrea Carolina*

Es fundamental conocer y comprender el síndrome coronario agudo, ya que el infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte en el mundo. El síndrome isquémico coronario agudo se define como un daño al tejido de miocardio por isquemia en un territorio específico, el cual a su vez se irriga por una arteria específica. Se divide en dos posibilidades diagnósticas: el síndrome isquémico coronario agudo sin elevación del segmento ST (SICA-SEST) y el síndrome isquémico coronario agudo con elevación del segmento ST (SICA-CEST).

### Clasificación

Existe una clasificación universal para definir los diferentes tipos de infarto. Dicha clasificación se divide en cinco rubros: el tipo 1 es el más frecuente y se caracteriza por la rotura o erosión de una placa aterosclerótica; el tipo 2, por un desajuste entre el aporte y la demanda de oxígeno. El tipo 3 se denomina “muerte súbita” y se relaciona con antecedente de síntomas isquémicos, mientras que el tipo 4 se refiere al infarto durante una intervención, y se divide en tres subtipos: post intervención coronaria percutánea (4a), trombosis del stent (4b) y reestenosis (4c). Por último, el infarto tipo 5 ocurre post cirugía de revascularización coronaria.

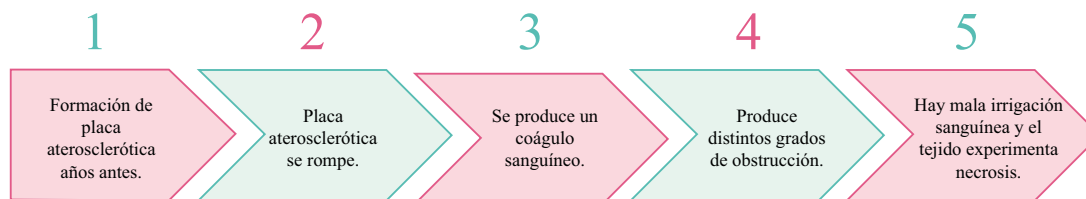
Figura 1. Clasificación de infarto agudo al miocardio (autor: Michelle Coronado).



### Etiología y fisiopatología

La causa más común de un infarto agudo de miocardio es la lesión aterosclerótica obstructiva de alguna arteria del corazón. La formación de la placa aterosclerótica comienza años antes del evento cardiovascular y en ella influye el estilo de vida del individuo. Cuando la placa aterosclerótica se rompe, se produce un coágulo sanguíneo, el cual produce distintos grados de obstrucción al flujo coronario. Una obstrucción se considera importante cuando sobrepasa el 50 % del lumen vascular y grave cuando excede el 70 %. Al obstruirse, el segmento que irriga la arteria afectada tiene una pobre o nula irrigación sanguínea. Como consecuencia, el tejido que no recibe adecuada irrigación sanguínea experimenta necrosis.

Figura 2. Fisiopatología de infarto agudo al miocardio tipo 1 (autor: Michelle Coronado).

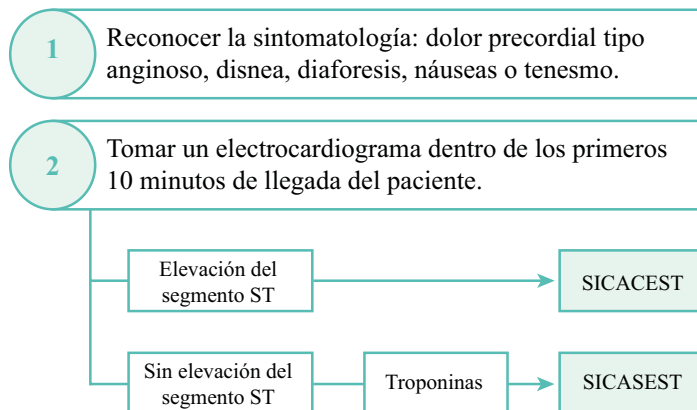


## Diagnóstico

El primer paso para el diagnóstico oportuno del síndrome coronario agudo es reconocer la sintomatología. Los síntomas clásicos son: dolor precordial tipo anginoso, que se describe como un dolor retroesternal, opresivo, con irradiación hacia cualquier brazo, mandíbula, cuello, espalda o epigastrio, el cual puede estar acompañado por disnea, diaforesis, náuseas o tenesmo.

El segundo paso es tomar un electrocardiograma dentro de los primeros 10 minutos de la llegada del paciente al centro de salud. El electrocardiograma se utiliza para buscar cambios en el segmento ST o para saber cuál pared del corazón se encuentra afectada. Si los cambios electrocardiográficos se encuentran en D1 o aVL, la lesión se encuentra en la pared lateral alta del corazón; en V5 y V6 en la pared lateral baja; en D2, D3 y aVF en la pared inferior; por último, en V1, V2, V3 y V4 representan la pared anteroseptal.

Figura 3. Diagnóstico de síndrome coronario agudo (autor: Michelle Coronado).



En caso de encontrar elevación del segmento ST, se clasifica como SICACEST. Cuando no se encuentra elevación del segmento ST, el siguiente paso es realizar estudios de enzimas cardíacas, principalmente la troponina. Si la troponina es positiva por arriba del nivel basal de referencia de los laboratorios, se clasifica como SICASEST. Es importante saber diferenciar entre un SICASEST y una angina inestable. Ambos comparten la misma sintomatología y no muestran cambios electrocardiográficos, pero solo el SICASEST presenta una elevación de troponina.

## Tratamiento

El tratamiento depende del tipo de síndrome coronario agudo. El SICACEST se considera el más grave de los dos, por su daño transmural en comparación con el SICASEST, donde solo se afecta el endocardio y parte del miocardio. Por ser de mayor gravedad, los casos de SICACEST se tienen que tratar de forma más rápida. La reperfusión coronaria debe realizarse lo antes posible para que el daño al tejido cardíaco sea menor. Si no se cuenta con una unidad con intervención coronaria percutánea (ICP), la meta es trombolizar al paciente antes de los 30 minutos desde que este llega a la unidad médica. El tratamiento coadyuvante consiste en aspirina, con una dosis inicial de 150 a 300 mg, y clopidogrel con una dosis inicial de 300 mg, junto con fármacos anticoagulantes.

El tratamiento del SICASEST comienza con el aporte de oxígeno cuando el paciente tiene una saturación arterial < 90 %. En cuanto al tratamiento farmacológico, primero se administra una carga de 300 mg de aspirina con dosis de mantenimiento de 100 mg diario. De ahí en adelante se puede optar por clopidogrel, una carga de 300

mg, y mantenimiento de 75 mg diario; ticagrelor, una carga de 180 mg y mantenimiento de 90 mg cada 12 horas, o prasugrel, una carga de 60 mg y mantenimiento de 10 mg diario. También se recomienda el uso de fármacos coadyuvantes como nitroglicerina cuando el paciente experimenta dolor, o morfina en casos de dolor intenso. Al paciente se le dan anticoagulantes al igual que estatinas, ya que estas últimas actúan como estabilizadores de placa. Es importante establecer que en los casos de síndrome coronario agudo se utiliza el cateterismo cardíaco para tratar el problema de origen.

### Conclusión

La principal causa de defunción en el mundo es el infarto agudo de miocardio y, para reducir las cifras de mortalidad, es importante que el personal médico se informe correctamente y conozca las metas de abordaje internacionales. En caso de que un paciente llegue a urgencias con dolor de pecho, se debe realizar el diagnóstico en menos de 10 minutos y usarse los datos clínicos, electrocardiográficos y estudios de enzimas cardíacas. Para iniciar el tratamiento adecuado de manera oportuna, es necesario clasificar el síndrome isquémico coronario agudo con base en la presencia o ausencia de elevación del segmento ST. Una vez que la circulación coronaria se reanuda, el paciente se debe llevar a la unidad de cuidados intensivos y se le recomienda comenzar rehabilitación cardiovascular lo antes posible para asegurar una mejor recuperación.