

# SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Marta Jiménez, Juan J. Gavira

En todo el mundo la enfermedad coronaria es la causa más frecuente de muerte y su frecuencia está en aumento. En Europa, sin embargo, en las últimas 3 décadas se ha observado una tendencia general a la reducción de la mortalidad por enfermedad coronaria. La enfermedad coronaria causa casi 1,8 millones de muertes al año, lo que corresponde al 20% de todas las muertes en Europa, con grandes variaciones entre países.

En primer lugar es preciso establecer el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). Este se basa normalmente en la presencia de síntomas (ej. dolor torácico persistente) y signos (electrocardiograma de 12 derivaciones) que indiquen isquemia miocárdica. Ante la sospecha es necesario empezar tan pronto como sea posible con la monitorización electrocardiográfica.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

### Factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia, hiperuricemia, obesidad, edad (mayor de 55 años en varones y postmenopausia en mujeres) e historia familiar de enfermedad coronaria precoz (definiéndose ésta como la que aparece antes de los 55 años en varones y antes de los 65 en mujeres).

### Presentación clínica

El manejo del infarto agudo de miocardio (IAM) —incluido el diagnóstico y el tratamiento— empieza en el lugar donde se produce el primer contacto médico, definido como el punto en el que el personal médico o paramédico en el contexto prehospitalario, evalúa al paciente inicialmente o cuando llega a urgencias (normalmente, en un contexto ambulatorio).

En primer lugar debe hacerse el diagnóstico de trabajo de infarto de miocardio. Este diagnóstico se suele basar en una historia de dolor torácico de 20 min de duración o más que no responde a la nitroglicerina. Algunas claves importantes son una historia de cardiopatía isquémica y la irradiación del dolor hacia el cuello, la mandíbula o el brazo izquierdo. El dolor puede no ser agudo. Algunos pacientes presentan síntomas menos típicos, como náuseas, vómitos, disnea, fatiga, palpitaciones o síncope.

La **presentación clínica típica** es la opresión retroesternal con irradiación a brazo izquierdo, cuello o mandíbula, que puede acompañarse de diaforesis, náuseas, disnea, síncope y dolor abdominal.

Tienen gran importancia las alteraciones producidas en la placa de ateroma coronaria, relacionadas con la sintomatología del paciente. Los pacientes con angina estable, suelen tener placas estables. Cuando las placas de ateroma se rompen o se ulceran, dan lugar a los síndromes coronarios agudos.

### Exploración física

La exploración física puede ser normal.

En casos severos, pueden presentar shock cardiogénico (signos de oliguria, hipotensión, disminución del nivel de conciencia, hipoperfusión periférica).

Pueden existir datos de edema agudo de pulmón (crepitantes).

El ventrículo derecho suele manifestarse como hipotensión, aumento de la presión venosa yugular y signo de Kussmaul.

### Pruebas complementarias

1. ECG en menos de 10 minutos.
2. Ante la sospecha de causa cardiológica: avisar a cardiología
3. Toma de constantes: Pulso, Presión arterial, Saturación de O<sub>2</sub>, monitorizar ECG, preparar desfibrilador.
4. Vía periférica: enzimas cardíacas (TROPONINA: resultados en menos de 30 min), hemograma, ionograma, urea, creatinina, pruebas de función hepática, coagulación.
5. Ecocardiograma para analizar la función ventricular, descartar anomalías de la contractilidad segmentaria e incluso complicaciones relacionadas con el infarto.

El ECG es crucial para la valoración del riesgo y la planificación del tratamiento:

1. Dolor torácico agudo con elevación persistente del ST >20 min =SCA con elevación del ST (SCACEST). Ante la presencia de un bloqueo de rama izquierda de nueva aparición, considerarlo un SCACEST.
2. Dolor torácico agudo sin elevación persistente del ST: elevación transitoria del ST, depresión del ST persistente o transitoria, inversión ondas T, ondas T aplanadas, pseudonormalización de las ondas T o ECG normal= SCA sin elevación del ST (SCASEST). Según el valor de los biomarcadores de daño miocárdico, tendremos dos grupos. (**Esquema 1**).

## TRATAMIENTO

### Medidas iniciales: REGLA “MONA”

**M- Monitorización.** La causa más frecuente de mortalidad en el SCACEST es la fibrilación ventricular. Por lo que el paciente debe de estar monitorizado desde el primer momento con un desfibrilador al lado.

**O- Oxígeno** está indicado en pacientes con hipoxemia ( $\text{SaO}_2 < 90\%$  or  $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg). No recomendado en pacientes con  $\text{SaO}_2 > 90\%$ . Si  $\text{SaO}_2 < 90\%$ ,  $\text{O}_2$  a 4-8 litros /minuto

**N- Nitroglicerina sublingual o iv** (si PA  $> 90$  mmHg) (precaución si localización inferior o afectación de VD). Iv: 25 o 50 mg en 250 cc de suero glucosado (SG al 5%); inicio a 5-10 ml/hora con incrementos paulatinos de 1 a 5 ml cada 5-10 minutos hasta alivio de los síntomas, a menos que la tensión arterial sistólica (TAS) caiga por debajo de 100 mmHg.

**A-Antiagregante:** Ácido Acetil Salicílico (AAS) es conocido el efecto que tiene en la reducción de muerte, infarto y accidente cerebrovascular en pacientes con infarto. Aspirina 300 mg por vía oral, triturada, masticada, o i.v. tan pronto como sea posible. Dosis de carga de: AAS (Adiro®) 300 mg vía oral o 250 mg de AAS iv (Inyesprin®).

- (El clopidogrel se debe de usar como alternativa a la aspirina en el caso de que presente alergia o contraindicaciones para la toma del mismo).
- Añadir un segundo antiagregante con dosis de carga: Ticagrelol (Brilique®) 180 mg vo, Prasugrel (Eflient®) 60 mg vo o Clopidogrel (Plavix®) 600 mg vo si menor de 75 años sin riesgo elevado hemorrágico; o 300 mg si mayor de 75 años con alto riesgo de hemorrágico.
- Heparina (consultar con cardiología).
- Si persistiera el dolor pese a la administración de nitratos: Morfina 2-4 mg iv (máximo 10-15mg). El alivio de los síntomas es muy importante.
- Si hipotensión o bradicardia basal Meperidina 20-50 mg iv o 50-100 mg sc, (precaución si localización inferior o afectación de ventrículo derecho).

### Tratamiento de reperfusión

La terapia de reperfusión está indicada en todo paciente con sintomatología de menos de 12 horas de duración y con SCACEST. El cateterismo cardíaco es preferible a realizar fibrinólisis. En el caso de que el cateterismo cardíaco no pudiera ser realizado, la terapia fibrinolítica estaría recomendada (siempre que no tuviera contraindicaciones).

En ausencia de elevación persistente del ST, el cateterismo cardíaco estaría indicado en pacientes con síntomas sugestivos de infarto, asociado a uno de los siguientes: inestabilidad

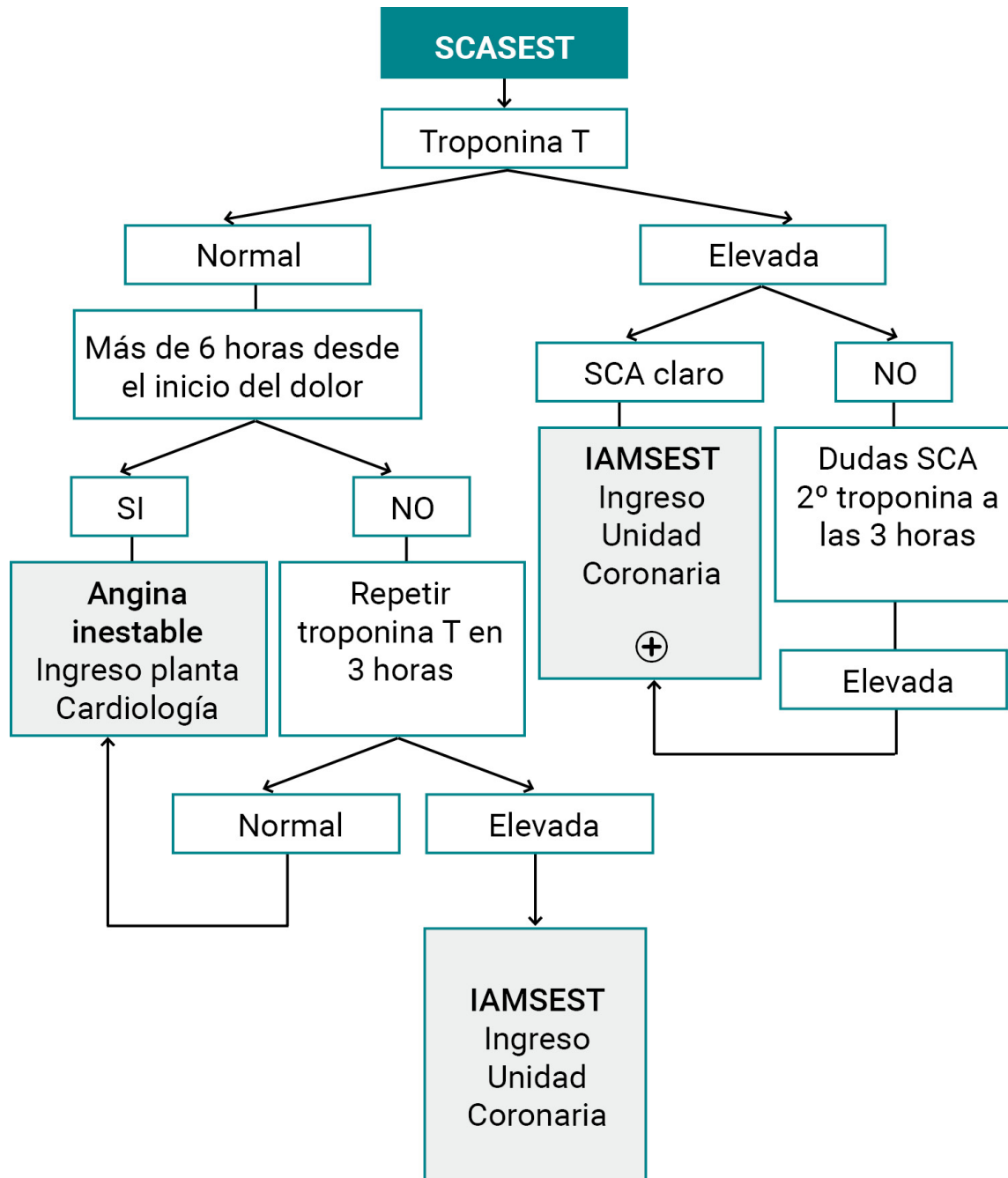
hemodinámica o shock cardiogénico; dolor torácico recurrente pese al tratamiento médico; arritmias que comprometen la vida o parada cardíaca; complicaciones mecánicas del infarto; insuficiencia cardíaca aguda; cambios dinámicos del ST o T, particularmente en elevación del ST intermitente.

En pacientes con síntomas de más de 12 horas de duración, estaría indicado el cateterismo cardíaco en presencia de síntomas sugestivos de isquemia, inestabilidad hemodinámica o arritmias que comprometan la vida.

(Se detallan los siguientes pasos en los algoritmos).

PRASUGREL	TICAGRELOL
<p><b>CONTRAINDICACIONES</b></p> <p>Hemoglobina &lt; 10 gr/dL Plaquetas &lt; 100 000/mm<sup>3</sup></p> <p>Alto riesgo de sangrado o hemorragia activa</p> <p>Ictus hemorrágico previo</p> <p>Insuficiencia hepática grave</p>	
ACV/AIT previo	Drogas que interaccionan con CYP3A4
<p><b>PRECAUCIONES</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 75 años (no recomendado)</li> <li>• &lt; 60 kg (no recomendado) Tratamiento anticoagulante</li> <li>• Insuficiencia renal o hepática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia hepática moderada</li> <li>• Bradiarritmia</li> <li>• Hiperuricemia</li> <li>• Asma o EPOC</li> </ul>

## ALGORITMO TERAPÉUTICO



## ALGORITMO TERAPÉUTICO

---

**SCACEST**

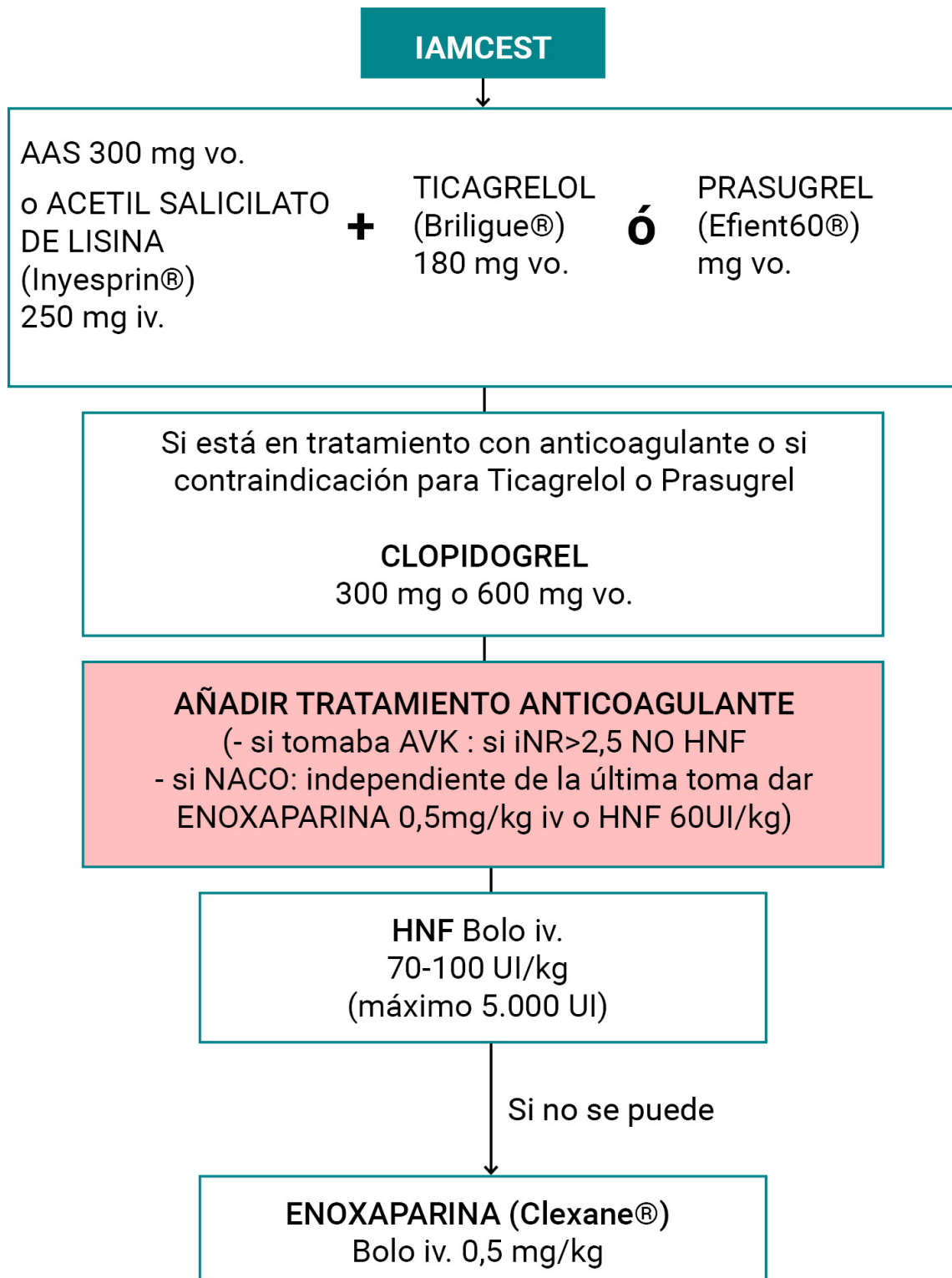


**IAMCEST**

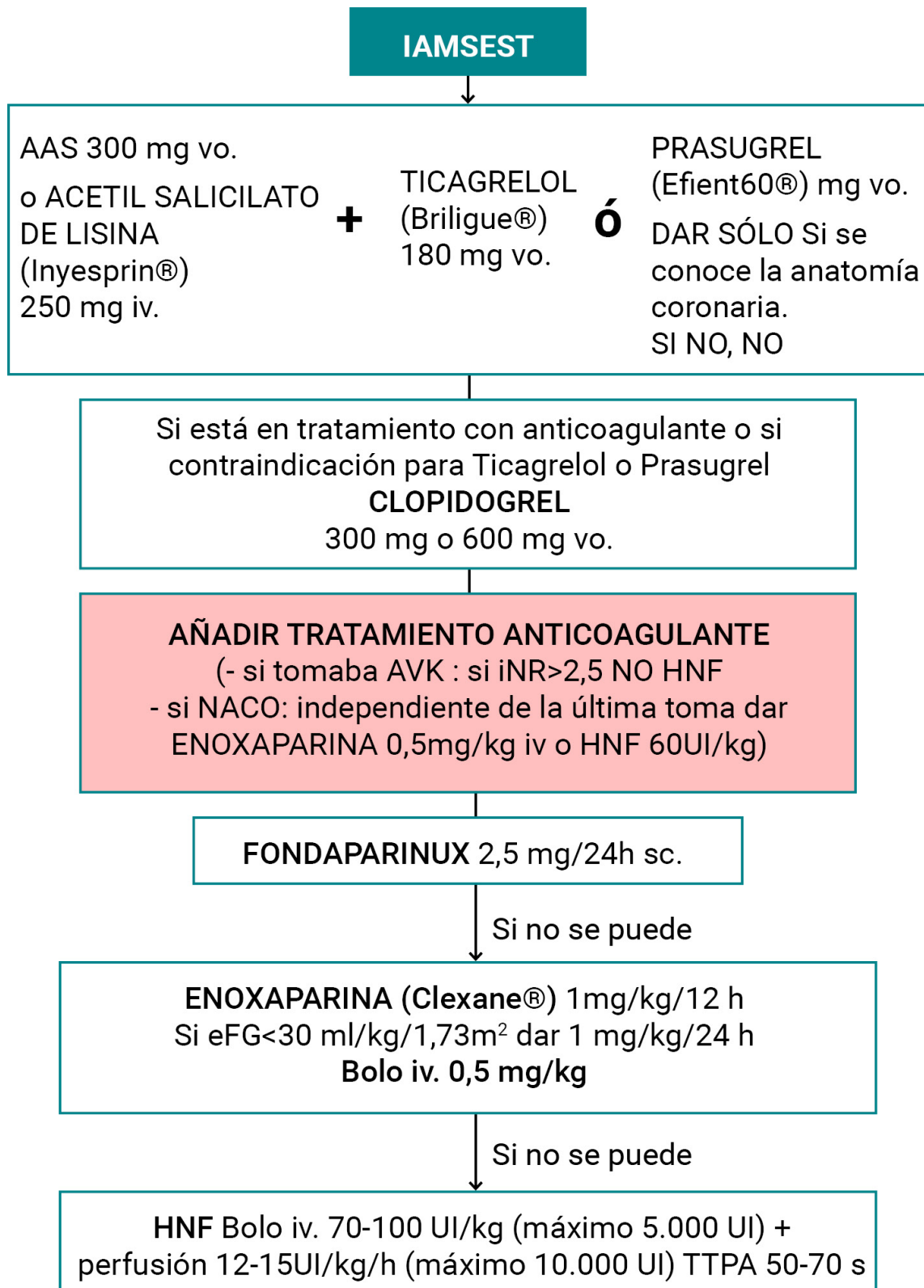
Cateterismo emergente

No retrasar tratamiento por esperar  
resultados de troponina

## ALGORITMO TERAPÉUTICO



## ALGORITMO TERAPÉUTICO



## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Revista Española de Cardiología. 2017;70(12):1082.e1-e61.
2. Revista Española de Cardiología 2013;66(1):53.e1-e46.
3. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation . European Heart Journal (2018) 39, 119–177.