



# Manejo de los síndromes coronarios agudos en las primeras 48 horas

S. Manzo-Silberman, O. Varenne, A. Cariou

*La prevalencia de la enfermedad coronaria en los países industrializados es alta y se asocia a índices de mortalidad y morbilidad considerables. Los síndromes coronarios agudos (SCA) constituyen, por tanto, un motivo de hospitalización reiterado. El diagnóstico de SCA plantea algunas dificultades debido a la diversidad de las formas clínicas, en ocasiones muy incompletas. Demostrar un SCA en el contexto perioperatorio o en un paciente sedado puede plantear dificultades en términos de diagnóstico y de conducta terapéutica. Necesita, pues, un enfoque multidisciplinario en el que participen anestesiólogos, especialistas en reanimación y cardiólogos.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Síndrome coronario agudo; Infarto de miocardio; Angioplastia primaria; Fibrinólisis; Antiagregantes plaquetarios; Antitrombóticos; Shock cardiogénico

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Definiciones</b>	2
■ <b>Manejo del síndrome coronario agudo ST– en las primeras 48 horas</b>	2
Evaluación diagnóstica	2
Evaluación del riesgo evolutivo	3
Evaluación del riesgo hemorrágico	5
Estrategia invasiva precoz o conducta conservadora	5
Plazo para la conducta invasiva	5
Elección de la revascularización	5
Tratamiento farmacológico	6
■ <b>Manejo del síndrome coronario agudo ST+ en las primeras 48 horas</b>	6
Angioplastia primaria	6
Fibrinólisis	7
Elección entre fibrinólisis y angioplastia primaria	7
Angioplastia de rescate	7
Derivaciones aortocoronarias	7
Tratamientos farmacológicos	8
■ <b>Complicaciones</b>	9
Trastornos del ritmo ventricular	9
Bradicardia	9
Complicaciones mecánicas	9
Shock cardiogénico	9
■ <b>Conclusión</b>	12

## ■ Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad en los países industrializados, y también lo serán en los países en vías de desarrollo de aquí al 2020<sup>[1]</sup>. Entre estas afecciones, la enfermedad coronaria es la que tiene la prevalencia más elevada y se asocia a índices todavía elevados de mortalidad y morbilidad, a pesar de la regresión observada en las dos últimas décadas. Los síndromes coronarios agudos (SCA) constituyen, pues, un motivo de hospitalización sumamente frecuente. El diagnóstico de SCA puede revelarse difícil a causa de presentaciones clínicas muy heterogéneas o de signos electrocardiográficos (ECG) escasos o difícilmente interpretables. Desde 2002 se conoce una nueva nomenclatura, basada sólo en los signos ECG, que ha simplificado de forma considerable la definición de los SCA. Sin embargo, el desarrollo de un SCA en el transcurso de una anestesia o durante la estancia en la unidad de reanimación puede plantear dificultades diagnósticas ante un paciente sedado o con un dolor no evaluable e incluso con relación a la conducta terapéutica. Así, aunque el contexto perioperatorio puede aumentar el riesgo de un tratamiento antiagregante plaquetario, éste es sin embargo imperativo en algunos SCA. La evaluación del riesgo cardíaco antes de una intervención no cardíaca depende, por una parte, del estado del paciente y de la existencia de comorbilidades y, por otra parte, de la magnitud y la duración de la intervención<sup>[2]</sup>. Además, el riesgo de complicaciones cardíacas

durante una intervención correlaciona con la existencia de una disfunción ventricular izquierda, una coronariopatía o una valvulopatía, pero también con las exigencias hemodinámicas propias de la intervención. Así, el manejo de un SCA en anestesia y reanimación puede necesitar una estrategia diagnóstica y terapéutica especial, adaptada a las consecuencias de otras enfermedades concomitantes. Además, el desarrollo de complicaciones puede hacer necesaria una atención multidisciplinaria, con la participación del cardiólogo y el especialista en reanimación, sobre todo en el caso de un shock cardiogénico que necesite asistencia respiratoria y hemodinámica.

## ■ Definiciones

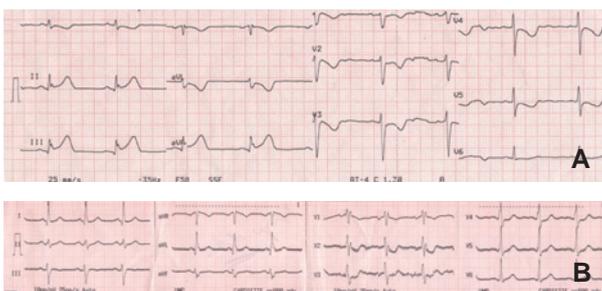
Los SCA se separan en dos entidades nosológicas: los SCA con elevación del segmento ST en el ECG, denominados «SCA ST+» (que corresponden a los infartos de miocardio con elevación del segmento ST [STEMI, *ST segment elevation myocardial infarction*]), por una parte, y los SCA sin elevación del segmento ST, denominados «SCA ST-» (que corresponden a los NSTEMI y a las anginas de pecho inestables), por otra parte (Fig. 1). Mientras los SCA ST+ plantean pocos problemas diagnósticos pero requieren una organización óptima para reducir los plazos hasta la abertura arterial, los SCA ST- engloban un conjunto de pacientes extremadamente heterogéneos, lo que plantea el problema diagnóstico de la lesión coronaria y el de la estratificación del riesgo.

La fisiopatología de los SCA es común a todos sus tipos e incluye una ruptura de la placa ateromatosa: en el SCA ST+, el trombo generado obstruye por completo la luz arterial<sup>[3]</sup>; en el SCA ST-, la obstrucción es incompleta (Fig. 2A, B). De forma secundaria, el trombo puede sumarse a la placa y aumentar su volumen o bien avanzar hacia la obstrucción completa o la embolización distal y la obstrucción de las arterias de calibre más reducido.

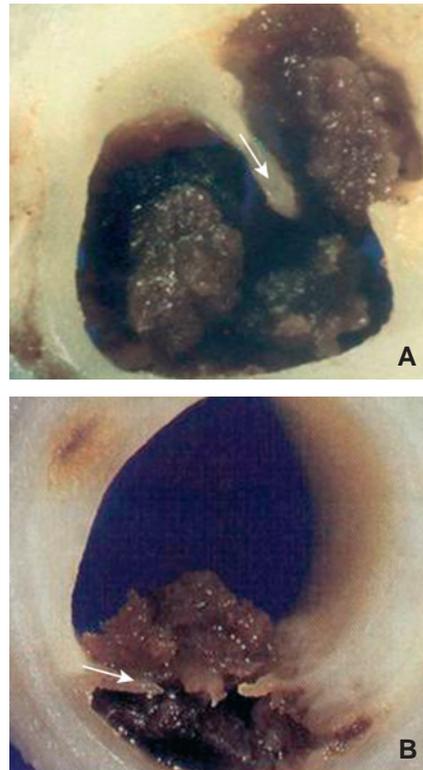
Frente a un paciente con dolor torácico y en el que se sospecha un SCA, la organización del protocolo diagnóstico y terapéutico se articula a partir de los datos del ECG. Como lo demuestra el Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)<sup>[4]</sup>, los accidentes cardiovasculares (fallecimientos, hemorragias, accidente cerebrovascular) varían en función del tipo de SCA. La mortalidad intrahospitalaria es del 7% para los SCA ST+, del 6% para los ST- y del 3% para las anginas de pecho inestables.

## ■ Manejo del síndrome coronario agudo ST- en las primeras 48 horas

Los SCA ST- son los más frecuentes y afectan a la mayoría de los pacientes tratados por angioplastia. A pesar



**Figura 1.** Trazados electrocardiográficos: elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores con espejo anterolateral (A) y descenso del segmento ST en las derivaciones anterolaterales (B).



**Figura 2.** Cortes arteriales: ruptura de la capa fibrosa (flecha); trombo oclusivo en caso de SCA ST+ (A) y no oclusivo en caso de SCA ST- (B).

de los notables adelantos técnicos y farmacológicos, la mortalidad y la morbilidad por SCA ST- aún son considerables y cercanas a las de los SCA ST+. El riesgo principal del SCA es la evolución hacia un infarto constituido y diagnosticado de forma tardía o hacia la muerte súbita. Entre los pacientes afectados por una enfermedad coronaria aguda, es imperativo poder estratificar el riesgo para establecer la conducta terapéutica farmacológica y las indicaciones de revascularización. La estrategia debe posibilitar la detección temprana de los signos de gravedad que conduzcan a la realización inmediata de una coronariografía. Los objetivos de ésta y de la revascularización miocárdica son, por una parte, aliviar el dolor y, por otra, mejorar el pronóstico a corto y largo plazo. En resumen, la dificultad del manejo de los SCA ST- reside en la formulación del diagnóstico y en la estratificación del riesgo. Estos dos aspectos se encaran a partir de elementos simples.

## Evaluación diagnóstica

### Datos clínicos

En la anamnesis se buscan los factores de riesgo de la enfermedad coronaria (sobre todo diabetes) y se precisan las características del dolor. En la exploración física se buscan signos de una localización extracardiaca de la aterosclerosis: abolición de un pulso, presencia de un soplo o una insuficiencia cardíaca. La localización retroesternal de tipo constrictivo orienta hacia una lesión coronaria; el antecedente de dolor ante el menor esfuerzo o en reposo es un indicio de gravedad.

### Electrocardiograma

La presencia de anomalías en el ECG es crucial. Se trata de alteraciones a modo de depresiones de ST o de ondas T negativas que permiten orientar el diagnóstico y evaluar el riesgo evolutivo. En términos de pronóstico, el descenso de ST es más desfavorable que la inversión de la onda T, que a su vez lo es más que la ausencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756636>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756636>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)