

Síndromes coronarios

El paso a paso desde la frase “me duele el pecho”

Dr. Victor Arévalos, MSc. PhD.



Desde 1975

Síndromes coronarios agudos

Espectro de entidades secundarias a la obstrucción (completa o no) de una arteria coronaria, generando isquemia en un territorio del miocardio.



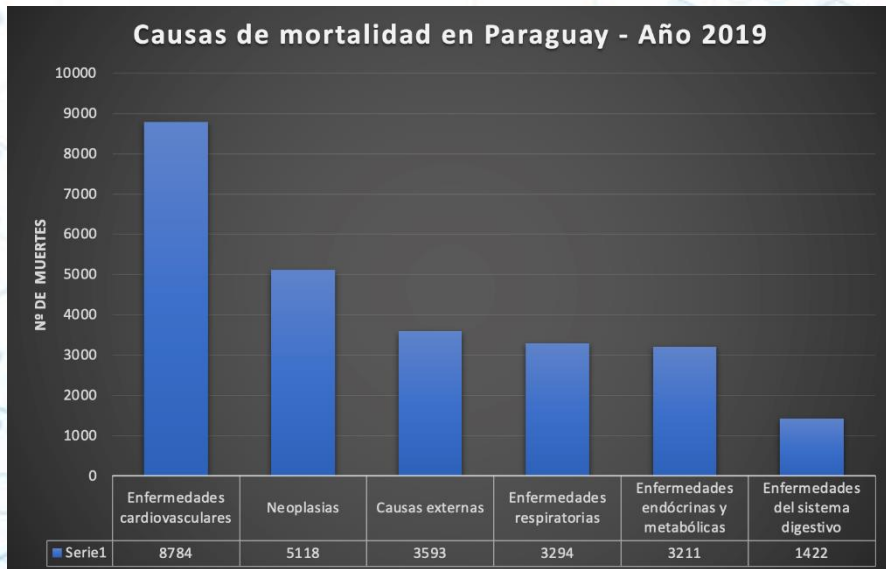
Diagnóstico final

**Angina
inestable**

IAMSEST

IAMCEST

Importancia - Epidemiología



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2019 - <https://www.datos.gov.py/dataset/anuario-estadístico-2019-salud-y-bienestar-social/resource/2d466139-a80a-42c9-9916>

Factores de riesgo cardiovascular en Paraguay

Hipertensión arterial 38,6%

Diabetes mellitus 10,6%

Sobrepeso y obesidad 36,9%/32,4%

Sedentarismo. 63,7%

Tabaquismo 12,5%

Fuente: Encuesta Instituto Nacional de Estadística 2023 - <https://www.ine.gov.py/news/news-contenido.php?cod-news=1623>

Manejo - Recomendaciones



European Heart Journal (2023) **44**, 3720–3826
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>

ESC GUIDELINES

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes

**Developed by the task force on the management of acute coronary
syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)**

Presentación clínica

Dolor torácico



Presentación
clínica

Oligo/asintomática



Aumento de
síntomas/dolor
torácico



Síntomas/dolor
torácico
persistentes



Shock cardiogénico/
insuficiencia cardiaca
aguda



Parada
cardiaca



Disnea

Dolor epigástrico

Dolor en MMSS

Dolor en mandíbula

Presentaciones atípicas: mujeres, ancianos, diabéticos, ERC,
pacientes con demencia

¿Cuál es el paso a paso a seguir ante un paciente con DT?



Presentación clínica – Contexto clínico



Electrocardiograma



Pruebas adicionales



Tratamiento

Primero: evaluar en forma ágil la presentación y el contexto clínico del paciente...

Historia clínica:

- Edad del paciente y comorbilidades.
- Características de la sintomatología.

Examen físico

- Signos vitales.
- Examen del aparato cardiovascular.
- Paciente: ¿estable o inestable?

Posterior a la evaluación inicial del paciente...

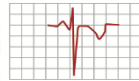
Se recomienda el registro y la interpretación del ECG lo antes posible (< 10 min) durante el PCM



No tenemos elevación del segmento ST...

ECG
Sin
elevación
del ST

- Normal
- Otros cambios



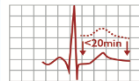
I, II, aVL, or V2 to V6



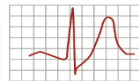
≥ 1 leads



≥ 1 leads

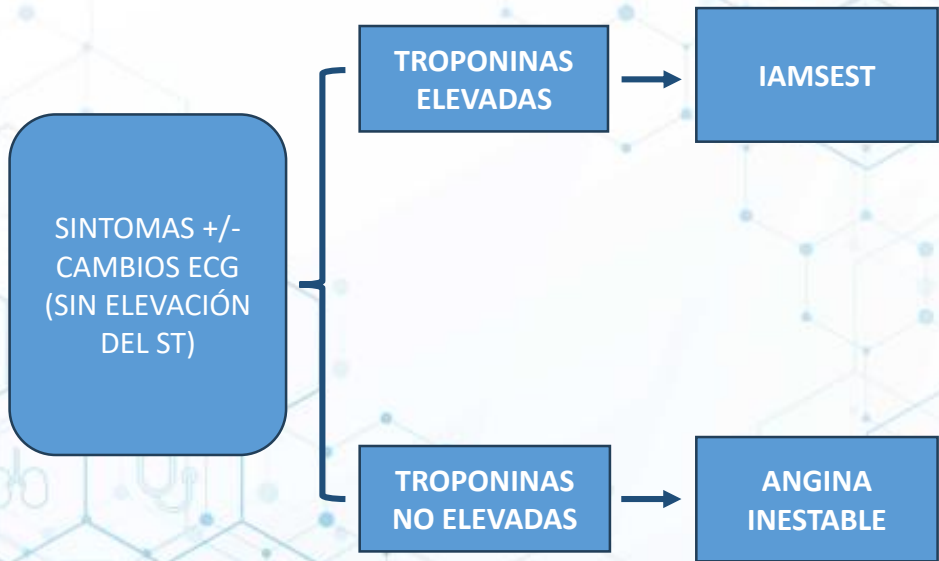


≥ 2 contiguous leads



V1-V6

Biomarcadores
de daño
miocárdico



SINTOMAS +/-
CAMBIOS ECG
(SIN ELEVACIÓN
DEL ST)

TROPONINAS
ELEVADAS

IAMSEST

TROPONINAS
NO ELEVADAS

ANGINA
INESTABLE

4ta definición universal de infarto de miocardio

TROPONINAS ELEVADAS

+

1 DE LOS SIGUIENTES:

SÍNTOMAS

CAMBIOS ECG

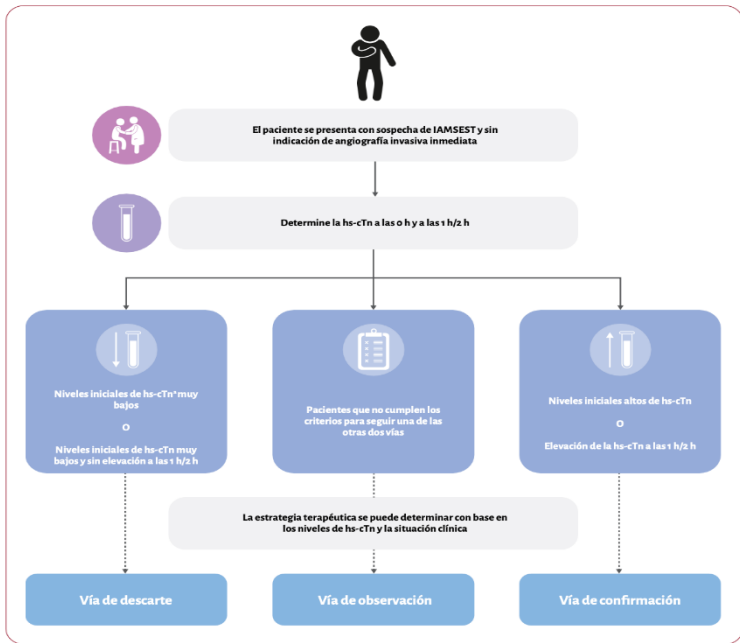
CAMBIOS EN ECOCARDIOGRAMA U OTRO MÉTODO

TROMBO

Fuente: Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio



Troponina I de alta sensibilidad



CONDUCTA RESPECTO A LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA INICIAL

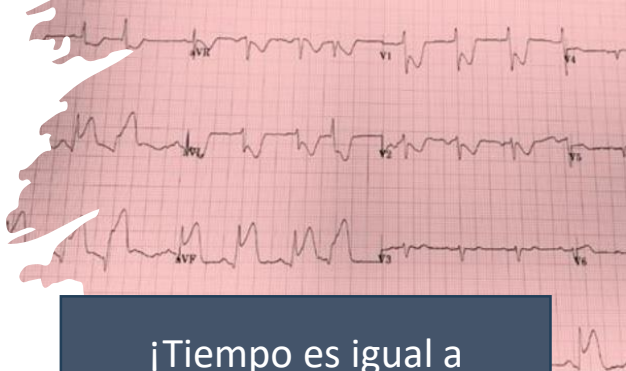
SCASEST

IAMCEST

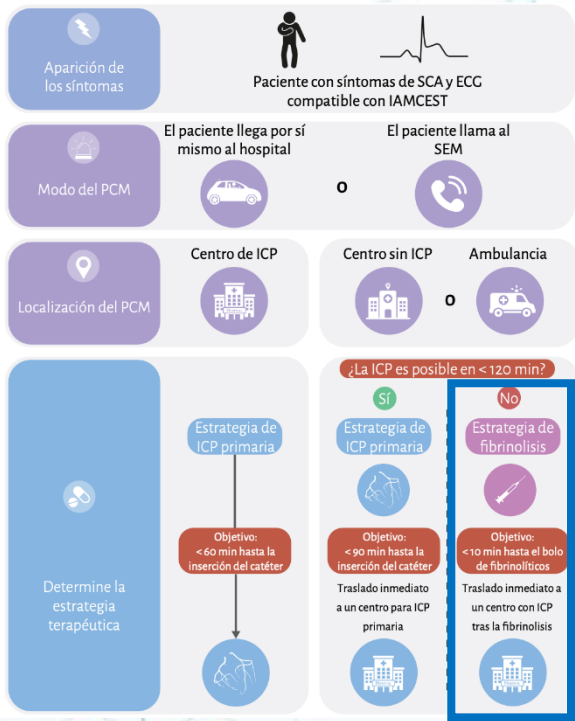


IAMCEST

¡Restablecer el
flujo
sanguíneo lo
más pronto
posible!



¡Tiempo es igual a
miocardio!



Fuente: 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes



Dolor < 12 horas

Fibrinólisis

ICP



Dolor 12 – 48 horas

ICP primaria



Dolor > 48 horas

No fibrinólisis

No ICP

sistemática



Fibrinolíticos - Contraindicaciones

Absolute

Previous intracranial haemorrhage or stroke of unknown origin at any time

Ischaemic stroke in the preceding 6 months

Central nervous system damage or neoplasms, or arteriovenous malformation

Recent major trauma/surgery/head injury (within the preceding month)

Gastrointestinal bleeding within the past month

Known bleeding disorder (excluding menstrual)

Aortic dissection

Non-compressible punctures in the past 24 h (e.g. liver biopsy, lumbar puncture)

Relative

Transient ischaemic attack in the preceding 6 months

Oral anticoagulant therapy

Pregnancy or within 1-week post-partum

Refractory hypertension (systolic blood pressure >180 mmHg and/or diastolic blood pressure >110 mmHg)

Advanced liver disease

Infective endocarditis

Active peptic ulcer

Prolonged or traumatic resuscitation



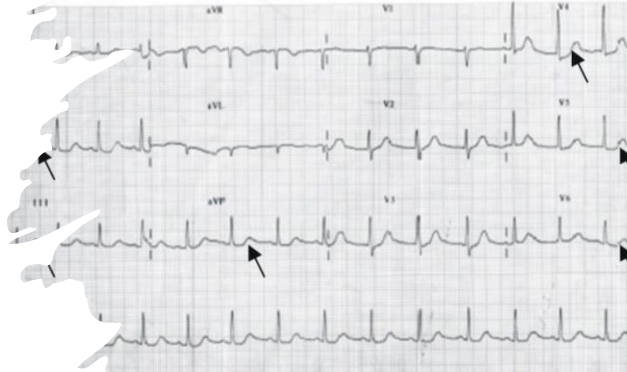
FIBRINOLISIS

ÉXITO

ICP entre las
2– 24 horas

FRACASO

ICP de rescate



SCASEST

Se debe definir la urgencia o no de una estrategia invasiva temprana.



ANGIOGRAFÍA





PCM



Paciente con síntomas de SCA y ECG compatible con SCASEST



Localización del PCM

Centro sin ICP



o

Ambulancia



Centro con ICP



SCASEST

RIESGO MUY ALTO: ANGIOGRAFIA INMEDIATA.

RIESGO ALTO: ANGIOGRAFIA EN 24 HORAS.

SIN RIESGO ALTO: EVALUAR.

Otros estudios complementarios

- Ecocardiografía transtorácica



- Angiotomografía coronaria



- Resonancia magnética



Pacientes sin riesgo alto:

- Pacientes sin elevación de las troponinas, pero con alta sospecha de angina inestable:

Coronariografía durante internación.



- Pacientes con bajo nivel de sospecha (sin cambios del ECG, sin elevación de troponinas, sin dolor recurrente):

AngioTAC o prueba de estrés.



CLASIFICAR LOS PACIENTES SEGÚN
SU GRAVEDAD PARA DECIDIR
CONDUCTA

SCASEST

FIBRINOLISIS O CATETERISMO
URGENTE

IAMCEST

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



The image features a central road that splits into three paths, set against a background of green grass and a blue sky with light clouds. At the top, a large green sign with a white border contains the text 'TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO'. The main road is marked with a dashed white line and leads to a blue box labeled 'ANGINA INESTABLE'. The two side paths are also marked with dashed white lines and lead to blue boxes labeled 'IAMSEST' on the left and 'IAMCEST' on the right. The overall scene is framed by a light blue border with a faint molecular structure pattern.

IAMSEST

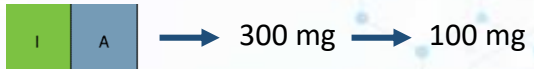
IAMCEST

ANGINA
INESTABLE

¿Cuál es la medicación a administrar?

Todo paciente con un SCA deberá recibir:

- AAS



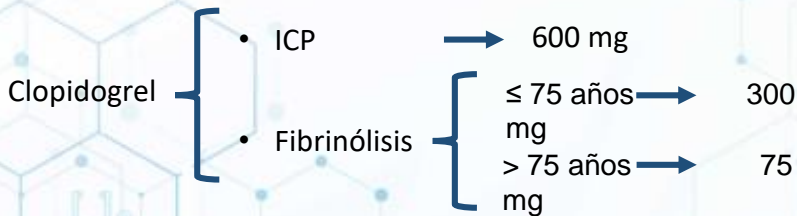
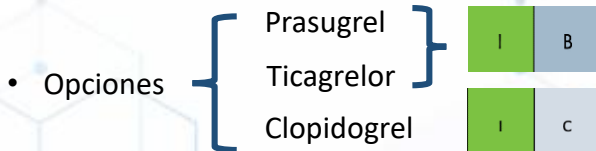
- Inh. P2Y12



- Anticoagulante



Inhibidores de la P2Y₁₂

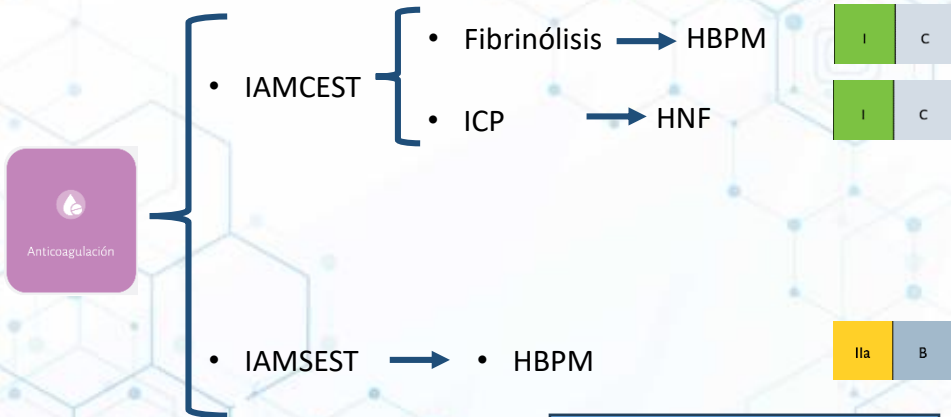


Se puede considerar el pretratamiento con un inhibidor del P2Y₁₂ para pacientes con SCASEST en los que no se anticipa una estrategia invasiva temprana (< 24 h) y no tienen riesgo hemorrágico alto²⁶³

IIb

C

Anticoagulación



Una vez revascularizado
no continuar la
anticoagulación

Medidas generales:

- Oxígeno suplementario sólo si hipoxemia (<90%).
- Morfina para el dolor.
- Monitorización desde el ingreso.



Otras medicaciones:

- Estatinas en dosis altas.

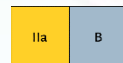


- Betabloqueantes.

FEVI < 40%



Todos?

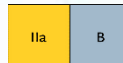


- IECA

FEVI < 40%,
IC, DM, HTA,
ERC



Todos?



- ARM



FEVI < 40%, IC, DM



- Desde el ingreso hasta revasc. o máx. 8 días

- AAS
- Inh. P2Y12
- Anticoagulación



- Hasta completar 1 año

- AAS
- Inh. P2Y12



- Después de 1 año

- AAS (“para siempre”)

Este es el esquema estándar, no olvidar que existirán casos especiales.

Mensajes clave:

Los SCA representan una de las causas principales de mortalidad en nuestro país.

La doble antiagregación plaquetaria es clave en el tratamiento.

La reperusión lo más rápida posible es el principal objetivo en el IAMCEST: TIEMPO ES MIOCARDIO.

La estratificación adecuada del riesgo en el SCASEST definirá la conducta más adecuada en cada caso.

¡Muchas gracias
por su atención!



Desde 1975