

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
8VO SEMESTRE – UNIDAD 1**

**MATERIA:
URGENCIAS MEDICAS.**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN SINDROMES CORONARIOZ AGUDOS.**

**FECHA DE ENTREGA:
23/03/2023**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

SINDROME CORONARIO AGUDO

Los síndromes coronarios agudos son el resultado de una obstrucción aguda de una arteria coronaria. Las consecuencias dependen del grado y la localización de la obstrucción y van desde angina inestable hasta infarto de miocardio sin supradesnivel del segmento ST, infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) y muerte súbita de origen cardíaco.

Los síndromes coronarios agudos incluyen

- Angina inestable
- Sin elevación del segmento ST infarto de miocardio (IMSEST)
- Infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST)

Todos estos síndromes implican isquemia coronaria aguda y se distinguen basándose en los síntomas, los hallazgos del ECG, y los niveles de marcadores cardíacos. Es útil distinguir los síndromes porque el pronóstico y el tratamiento varían.

La angina inestable (insuficiencia coronaria aguda, angina previa al infarto, síndrome intermedio) se define como uno o más de los siguientes en pacientes cuyos marcadores cardíacos no cumplen con los criterios para infarto de miocardio:

- Angina en reposo prolongada (en general, > 20 min)
- Angina de reciente comienzo al menos de clase 3 de gravedad en la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS, Sociedad Canadiense de Medicina Cardiovascular) (véase tabla Sistema de la Sociedad Cardiovascular Canadiense para la clasificación de la angina de pecho)
- Angina de gravedad creciente, es decir, angina diagnosticada previamente cuya frecuencia, gravedad o duración aumentaron o en la que se observa una reducción del umbral para su desarrollo (p. ej., aumento de ≥ 1 clases en la clasificación de la CCS o, al menos, hasta la clase 3)

La angina inestable puede provocar cambios electrocardiográficos, como infradesnivel del segmento ST, supradesnivel del segmento ST o inversión de la onda T, aunque en forma transitoria. En relación con los marcadores cardíacos, la concentración de CK no aumenta, pero la troponina cardíaca, particularmente cuando se mide con pruebas de troponina de alta sensibilidad (hs-cTn) puede elevarse un poco. La angina inestable

puede manifestarse con inestabilidad hemodinámica y a menudo precede a un infarto de miocardio o al desarrollo de arritmias y, con menor frecuencia, a una muerte súbita. El infarto de miocardio sin supradesnivel del segmento ST (infarto de miocardio subendocárdico) representa la necrosis miocárdica (reflejada a través de los marcadores cardíacos en sangre, con incremento de las concentraciones de troponina I o troponina T y CK) sin supradesnivel agudo del segmento ST. Pueden encontrarse cambios electrocardiográficos como infradesnivel del segmento ST, inversión de la onda T o ambos.

El infarto de miocardio con elevación del segmento ST (infarto de miocardio transmural) es una necrosis miocárdica asociada con cambios en el ECG como supradesnivel del segmento ST que no revierte rápidamente cuando se administra nitroglicerina, o un bloqueo de la rama izquierda del fascículo de His de comienzo reciente. Troponina I o troponina T y CK (creatina cinasa) están elevados.

Signos y síntomas; Los síntomas del síndrome coronario agudo dependen en cierta medida de la extensión y la localización de la obstrucción y son bastante variables. Los estímulos dolorosos provenientes de los órganos torácicos, incluido el corazón, pueden causar molestias descritas como opresión, desgarró, distensión con necesidad urgente de eructar, indigestión, pirosis, dolor sordo, dolor punzante y, a veces, dolor agudo similar al del pinchazo de una aguja. Muchos pacientes niegan tener dolor e insisten en que es solo una "molestia". Salvo cuando el infarto es masivo, resulta difícil reconocer la magnitud de la isquemia solo en función de los síntomas. Los síntomas del SCA son similares a los de la angina de pecho y se analizarán en más detalle en las secciones sobre angina inestable e infarto agudo de miocardio.

Complicaciones

Después del evento agudo, puede ocurrir muchas complicaciones. Suelen comprometer

- Disfunción eléctrica (p. ej., defectos de la conducción, arritmias)
- Disfunción miocárdica (p. ej., insuficiencia cardíaca, rotura del tabique interventricular o de la pared libre, aneurisma ventricular, pseudoaneurisma, formación de un trombo mural, shock cardiogénico)
- Disfunción valvular (en forma típica insuficiencia mitral)

La disfunción eléctrica puede ser significativa en todas las formas de síndrome coronario agudo, aunque suele ser necesaria la isquemia de una porción extensa del

miocardio para provocar una disfunción miocárdica grave. Otras complicaciones de los síndrome coronario agudo son la isquemia recidivante y la pericarditis. El hallazgo de pericarditis entre 2 y 10 semanas después de un infarto de miocardio constituye un síndrome posinfarto de miocardio o síndrome de Dressler.

Diagnostico;

- ECG seriados
- Medición seriada de los marcadores cardíacos
- Angiografía coronaria inmediata en los pacientes con infarto de miocardio con supradesnivel del segmento ST o complicaciones (p. ej., dolor torácico persistente, hipotensión arterial, aumento muy notable de los marcadores cardíacos, arritmias inestables)
- Angiografía tardía (entre 24 y 48 h más tarde) en pacientes con infarto de miocardio sin supradesnivel del segmento ST o angina inestable sin complicaciones detectadas hasta el momento

Debe considerarse el diagnóstico de síndrome coronario agudo en hombres, por lo general > 30 años y mujeres, por lo general > 40 años (más jóvenes si son diabéticos) con dolor o molestias torácicas como síntoma principal. El dolor debe distinguirse del provocado por la neumonía, la embolia pulmonar, la pericarditis, la fractura costal, la separación costocondral, el espasmo esofágico, la disección aguda de la aorta, la litiasis renal, el infarto esplénico o diversas enfermedades abdominales. En los pacientes con hernia hiatal, úlcera péptica o enfermedades vesiculares diagnosticadas previamente, el médico debe tener cuidado de no atribuir los nuevos síntomas en forma directa a estas enfermedades. (Para conocer un abordaje al diagnóstico, véase también Dolor torácico.)

Tratamiento;

- Atención prehospitalaria: oxígeno, aspirina, nitratos y derivación a un centro médico adecuado
- Tratamiento farmacológico: antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, antianginosos y, en algunos casos, otros fármacos
- A menudo, angiografía para evaluar la anatomía de la arteria coronaria
- A menudo terapia de reperfusión: fibrinolíticos, intervención coronaria por vía percutánea o cirugía de revascularización miocárdica

- Tratamiento de sostén
- Rehabilitación cardíaca después del alta y tratamiento crónico de la enfermedad arterial coronaria

El tratamiento, incluso el farmacológico, intenta aliviar las tensiones, detener la formación de trombos, revertir la isquemia, limitar el tamaño del infarto, reducir la carga de trabajo sobre el miocardio y prevenir y tratar las complicaciones. El síndrome coronario agudo se considera una emergencia médica y su pronóstico depende sobre todo del diagnóstico y el tratamiento rápido.

El tratamiento se realiza en forma simultánea con el diagnóstico.

Bibliografía; Sweis, R. N., & Jivan, A. (2023c, febrero 6). *Generalidades sobre los síndromes coronarios agudos*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/generalidades-sobre-los-s%C3%ADndromes-coronarios-agudos-sca>