

DOI: 10.26820/recimundo/4.(3).sep.2020.274-284

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/875>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Investigación

CÓDIGO UNESCO: 3205 Medicina Interna; 3205.01 Cardiología

PAGINAS: 274-284



Riesgos y consecuencias de los pacientes diagnosticados con síndrome coronario agudo

Risks and consequences of patients diagnosed with acute coronary syndrome

Riscos e consequências de pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda

**John Erick Sancan Zambrano¹; Ángel Luis Zamora Cevallos²;
Reneiro Neptali Vélez Solórzano³; Luiggy Renan Ortiz Vélez⁴**

RECIBIDO: 10/04/2020 **ACEPTADO:** 26/05/2020 **PUBLICADO:** 01/09/2020

1. Posgradista de Cardiología en Hospital Universitario Favaloro; Médico de Unidad Coronaria en Sanatorio Regional de Avellaneda; Buenos Aires, Argentina; johnsancanz@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1044-9349>
2. Magister en Gerencia de Salud; Médico tratante del Centro Salud Tipo C Santa Ana; Docente Escuela de medicina de la Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador; angelluisz2007@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8547-3592>
3. Postgradista de la Carrera de Especialista en Cardiología Clínica en Universidad Abierta Interamericana; Médico de Unidad Coronaria de Policlínico Regional UOM Avellaneda; Buenos Aires, Argentina; nrvez@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-8539-080X>
4. Médico Cirujano; Médico de Terapia Intensiva de Policlínico Guernica; Guernica, Argentina; drortizvelez@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7341-769X>

CORRESPONDENCIA

John Erick Sancan Zambrano
johnsancanz@gmail.com

Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Las afecciones del corazón representan una preocupación constante para la población en general. En un mundo donde el estrés, la ansiedad y la obesidad son enfermedades de "moda" los riesgos a sufrir del corazón están latentes, sin distinción de edad, clase social, etnia, cultura o sexo. La intención de la presente investigación es exponer las últimas consideraciones que deben tomar en cuenta los interesados en cuanto a los riesgos y consecuencias que pueden enfrentar los pacientes diagnosticados con SC. De los resultados de la búsqueda bibliográfica se ha hecho revisión y condensado la información referente a riesgos y consecuencias en el diagnóstico en función de cumplir el objetivo planteado. Haciendo uso de la lectura rápida, resumen y análisis se presentan como resultados los extractos de los trabajos más representativos. Aun cuando se ha realizado una revisión actualizada de las publicaciones acerca de los riesgos y consecuencias de pacientes con SCA se puede verificar que éstas van direccionadas hacia los protocolos de diagnóstico y los tratamientos pertinentes para el manejo de los diferentes tipos de IM. Esto nos deja como lección tres cosas principalmente 1) Por tratarse de una emergencia médica tiene mayor aporte científico detectar la gravedad de la complicación del paciente que las consecuencias que pueda sufrir, pues el riesgo y consecuencia principal se hace evidente, la muerte. 2) La bibliografía, así como algunas escalas de medición del daño han sido suficientes hasta la fecha que se mantienen vigentes y 3) Más que atender los riesgos y consecuencias la comunidad médica científica dedica esfuerzos en proponer tratamientos a corto, mediano y largo plazo para mantener una calidad de vida en el paciente sobreviviente con SCA.

Palabras clave: Síndrome coronario Agudo, riesgos, Infarto, consecuencias.

ABSTRACT

Heart disease represents a constant concern for the general population. In a world where stress, anxiety and obesity are "fashionable" diseases, the risks of suffering from the heart are latent, without distinction of age, social class, ethnic group, culture or sex. The intention of this research is to expose the last considerations that stakeholders should take into account regarding the risks and consequences that patients diagnosed with CS may face. From the results of the bibliographic search, the information regarding risks and consequences in the diagnosis has been reviewed and condensed in order to fulfill the objective set. Using speed reading, summary and analysis, the most representative works extracts are presented as results. Even when an updated review of the publications about the risks and consequences of ACS patients has been carried out, it can be verified that they are included in the diagnostic protocols and pertinent treatments for the management of the different types of MI. This leaves us as a lesson three things mainly 1) Because it is a medical emergency, it is more scientific to detect the severity of the patient's complication than the consequences that they may suffer, since the risk and main consequence becomes evident, death. 2) The bibliography, as well as some damage measurement scales have been sufficient to date and remain in force and 3) Rather than addressing the risks and consequences, the scientific medical community dedicates efforts to proposing short, medium and long-term treatments for maintain a quality of life in the surviving patient with ACS.

Keywords: Acute coronary syndrome, risks, Heart attack, consequences.

RESUMO

As doenças cardíacas representam uma preocupação constante para a população em geral. Em um mundo onde o estresse, a ansiedade e a obesidade são doenças "da moda", os riscos de sofrer do coração estão latentes, sem distinção de idade, classe social, etnia, cultura ou sexo. A intenção desta pesquisa é expor as últimas considerações que os stakeholders devem levar em conta sobre os riscos e consequências que os pacientes com diagnóstico de SC podem enfrentar. A partir dos resultados da pesquisa bibliográfica, as informações sobre riscos e consequências no diagnóstico foram revistas e condensadas de forma a cumprir o objetivo traçado. Usando leitura rápida, resumo e análise, os extratos de obras mais representativos são apresentados como resultados. Mesmo quando se faz uma revisão atualizada das publicações sobre os riscos e consequências dos pacientes com SCA, pode-se verificar que estão incluídos nos protocolos diagnósticos e tratamentos pertinentes para o manejo dos diferentes tipos de IM. Isso nos deixa como lição três coisas principalmente 1) Por se tratar de uma emergência médica, é mais científico detectar a gravidade da complicação do paciente do que as consequências que ele pode sofrer, visto que o risco e a principal consequência fica evidente, a morte. 2) A bibliografia, bem como algumas escalas de medição de danos têm sido suficientes até o momento e permanecem em vigor e 3) Em vez de abordar os riscos e consequências, a comunidade médica científica se dedica a propor tratamentos de curto, médio e longo prazo para manutenção uma qualidade de vida no paciente sobrevivente com SCA.

Palavras-chave: Síndrome coronariana aguda, riscos, ataque cardíaco, consequências.

Introducción

Las afecciones del corazón representan una preocupación constante para la población en general. En un mundo donde el estrés, la ansiedad y la obesidad son enfermedades de “moda” los riesgos a sufrir del corazón están latentes, sin distinción de edad, clase social, etnia, cultura o sexo.

Se ha estimado que la carga epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares aumentará a 57 % para este 2020 y 50 % de las muertes por enfermedades no transmisibles se deberá a estas afecciones. El síndrome coronario agudo (SCA) es “un conjunto de manifestaciones de cardiopatía isquémica o insuficiencia coronaria, con empeoramiento clínico del paciente en horas o días. Comprende 3 grupos de afecciones: angina de pecho inestable aguda, infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y sin elevación de dicho segmento. Este síndrome se produce por la rotura de una placa aterosclerótica vulnerable, complicada por fenómenos trombóticos, embolización y una reducción súbita y crítica del flujo sanguíneo”. (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, & Linares Despaigne, 2017)

Conociendo por Poll y otros (2017) que según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad isquémica coronaria alcanza proporciones epidémicas y es responsable de un tercio de las muertes entre varones de 45 y 54 años de edad, y de 4 mujeres por cada 10 varones en todos

los grupos de edades. (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, & Linares Despaigne, 2017)

La intensión de la presente investigación es exponer las últimas consideraciones que deben tomar en cuenta los interesados en cuanto a los riesgos y consecuencias que pueden enfrentar los pacientes diagnosticados con SCA.

Métodos

A través del motor de búsqueda Google Académico se ha utilizado palabras claves como Síndrome Coronario Agudo, Riesgos del Síndrome Coronario Agudo y Consecuencias del Síndrome Coronario Agudo.

De los resultados de la búsqueda se ha hecho revisión y condensado la información referente a riesgos y consecuencias en el diagnóstico en función de cumplir el objetivo planteado.

Haciendo uso de la lectura rápida, resumen y análisis se presentan como resultados los extractos de los trabajos más influyentes o actuales encontrados en los índices académicos disponibles.

Resultados

La más frecuente y principal manifestación clínica de los SCA es el dolor torácico (DT). El proceso diagnóstico debe ser más exhaustivo y frecuentemente requiere ser hospitalizado para su manejo. En la Tabla 1 están las causas más relevantes de dolor torácico.

Tabla 1. Causas de dolor torácico

Sistema	Grave	Menos grave
Cardiovascular	Síndrome Aórtico Agudo. Síndrome Coronario Agudo Tromboembolismo Pulmonar	Angina. Pericarditis. Miocarditis
Pulmonar	Neumotorax a tensión. Neumonía	
Gastrointestinal	Perforación Esofágica. Esofagitis	Reflujo Gastroesofágico. Litiasis Biliar
Pared Torácica		Costocondritis. Fractura Costal o Trauma. Herpes-Zoster

Fuente: (Marzal Martín, López, & Roldán Rabadán, 2017)

Según el Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio establecen que:

“La aparición de isquemia miocárdica es el paso inicial en el desarrollo del Infarto de Miocardio (IM) y da lugar a un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. En el ámbito clínico, la isquemia miocárdica generalmente puede identificarse a partir de la historia del paciente y el electrocardiograma (ECG). Los posibles síntomas isquémicos incluyen varias combinaciones de molestias torácicas, de las extremidades superiores, mandibulares o epigástricas (al hacer esfuerzos o en reposo) o un equivalente isquémico como, por ejemplo, disnea o fatiga. A menudo, la molestia es difusa, no localizada ni posicional, ni está afectada por el movimiento de la región, y puede estar acompañada de diaforesis, náuseas o síncope. No obstante, estos síntomas no son específicos de la isquemia miocárdica y pueden aparecer también en trastornos gastrointestinales, neurológicos, pulmonares u osteomusculares. El IM puede ocurrir con síntomas atípicos (p. ej., palpitaciones o parada cardíaca) o incluso sin síntomas. Episodios muy breves de isquemia demasiado corta para causar necrosis también pueden causar liberación y elevación de troponina cardíaca (cTn). Los miocitos afectados pueden morir posteriormente por apoptosis” (Thygesen, y otros, 2019).

Marcadores de daño miocárdico

La Troponina I y T son proteínas del complejo contráctil que solo se encuentran en los cardiomiocitos, por lo que son específicas de daño miocárdico, pero no necesariamente de la causa que la aumenta, no solo el IM, sino otras patologías como la insuficiencia cardíaca, la embolia pulmonar, la miocarditis, taquiarritmias, sepsis y falla renal entre otras pueden elevarlas. Sin embargo, son el patrón de oro para el diagnóstico de infarto al miocardio.

Estratificación del riesgo del SCA

En la evaluación del paciente con dolor torácico tras la realización del ECG podemos encontrar dos tipos de pacientes.

1. Pacientes con DT agudo y elevación persistente del segmento ST (> 20 minutos). Esta entidad se denomina SCACEST y generalmente refleja una oclusión coronaria aguda total. La mayoría de estos pacientes sufrirá, en último término, un IM con elevación del segmento ST.
2. Pacientes con DT agudo, sin elevación persistente del segmento ST. Se define como SCASEST y en estos pacientes, los cambios electrocardiográficos pueden incluir una elevación transitoria del segmento ST, una depresión persistente o transitoria del segmento ST, una inversión de las ondas T, ondas T planas o una seudonormalización de las ondas T o el ECG puede ser normal. Tras la determinación de las troponinas los pacientes quedarán clasificados como pacientes con IAM con o sin elevación del ST si existe elevación de troponinas o como angina inestable si estas son normales y el dolor es característico (Marzal Martín, López, & Roldán Rabadán, 2017).

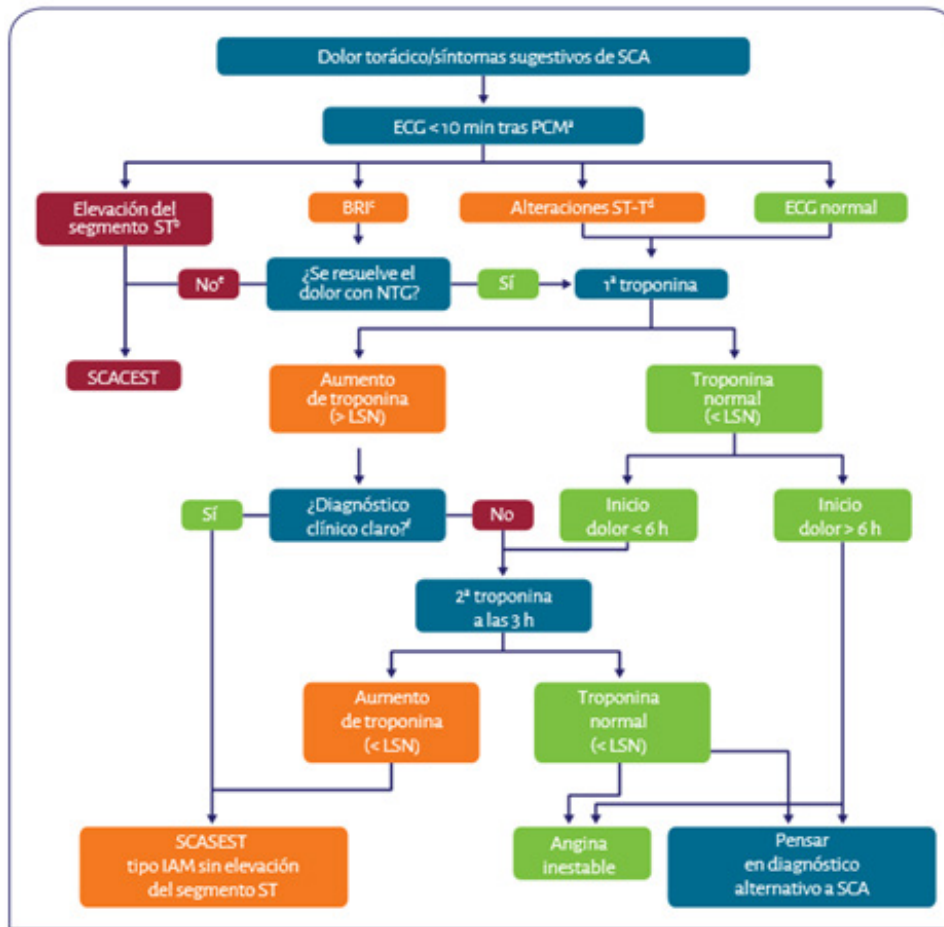


Figura 1. Dolor torácico/Síndrome sugestivos de SCA

Fuente: (Marzal Martín, López, & Roldán Rabadán, 2017)

BRI: bloqueo completo de la rama izquierda;

más utilizadas son la de TIMI con y sin ST, GRACE y HEART

ECG: electrocardiograma;

LSN: límite superior de la normalidad;

NTG: nitroglicerina;

PCM: primer contacto médico;

SCA: síndrome coronario agudo;

SCACEST: SCA con elevación del segmento ST.

En la actualidad tenemos múltiples tablas de riesgo que podemos utilizar para estratificar el riesgo en los pacientes son síndrome coronario agudo, con o sin ascenso del ST, en la práctica clínica. Cabe destacar que en todas ellas la edad es un factor de mal pronóstico independiente: Las Tablas de riesgo

Tabla 2. Evaluación de la probabilidad y el riesgo de síndrome coronario agudo en el primer contacto médico ante la presencia de dolor torácico.

Primer contacto médico	Probabilidad alta de SCA SCA de alto riesgo	Probabilidad baja de SCA SCA de bajo riesgo
Afectación hemodinámica, respiratoria o neurológica	PCR, hipotensión, taquicardia, <i>shock</i> Disnea, hipoxemia, crepitantes ECG con alteraciones del segmento ST	Consciencia normal, sin déficits motores FC y PA normales Eupneico con SaO ₂ normales
Probabilidad de SCA	Signos clínicos y síntomas típicos de isquemia coronaria Alteraciones del ECG Elevación de troponina	Sin riesgo cardiovascular, síntomas atípicos ECG normal Sin elevación de troponina 6 h después de empezar el dolor
ECG	Criterios ECG de SCACEST Descenso del ST o ECG normal	Otras alteraciones ECG no sugestivas de IAM con elevación del ST

ECG: electrocardiograma; FC: frecuencia cardíaca; IAM: infarto agudo de miocardio; PA: presión arterial; PCR: parada cardiorrespiratoria; SaO₂: saturación de oxígeno; SCA: síndrome coronario agudo; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST.

Fuente: (Marzal Martín, López, & Roldán Rabadán, 2017)

Una vez planteado el diagnóstico de síndrome coronario agudo, se debe realizar la estratificación de riesgo clínico o mediante las tablas de riesgo que nos permitan predecir resultados a corto y mediano plazo. Entre las escalas de riesgo está la Thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) que permite estimar el riesgo de muerte o evento cardiovascular (CV) en los primeros 14 días después de un SCA, las variables evaluadas al momento del ingreso son: edad >65 años, tres factores de riesgo coronario, presencia de estenosis coronaria =50%, el descenso del segmento ST en el ECG, dos episodios anginosos en últimas 24 horas, el uso de AAS y niveles alterados de los biomarcadores de daño cardíaco. La presencia solo de la edad mayor de 65 años le confiere un riesgo de muerte o evento CV de 4.7% a los 14 días. Teniendo en cuenta estas tablas de riesgo, la gran mayoría de los ancianos mayores de 75 años y, sobre todo, los mayores de 85 años presentarán un alto riesgo de

mortalidad o evento cardiovascular. (Llancaqueo, 2017)

La edad es un factor de riesgo, que aumenta la incidencia, la prevalencia, y empeora el pronóstico del SCA con o sin elevación del ST, que no podemos modificar, sin embargo hay en el adulto mayor condiciones clínicas asociadas a ella que ninguna tabla de riesgo incluye, como son la fragilidad, entendida como un estado de disminución de la reserva orgánica que provoca una pérdida de funcionalidad y de la fuerza, la presencia de discapacidad y por último la presencia de comorbilidad. (Llancaqueo, 2017)

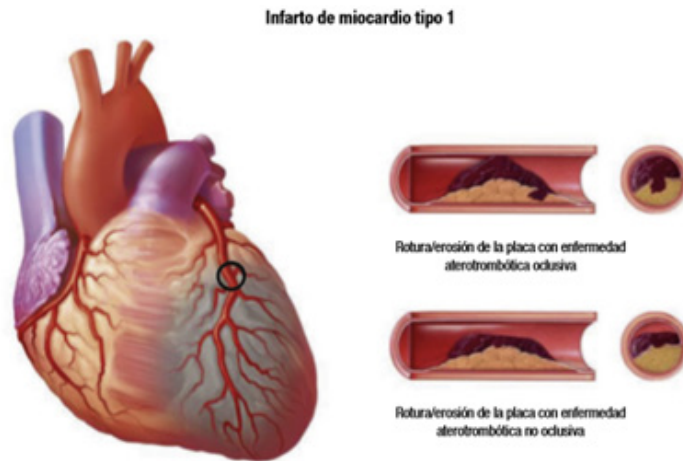


Figura 2. Infarto de Miocardio Tipo 1

Fuente: (Thygesen, y otros, 2019)

Criterios de IM tipo 1

Detección de un aumento o descenso de los valores de cTn con al menos 1 de los valores por encima del LSR del percentil 99 y al menos 1 de las siguientes condiciones:

- Síntomas de isquemia miocárdica aguda
- Nuevos cambios isquémicos en el ECG
- Aparición de ondas Q patológicas
- Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared nuevas siguiendo un patrón compatible con etiología isquémica
- Identificación de un trombo coronario por angiografía con imagen intracoronaria o por autopsia (Thygesen, y otros, 2019)

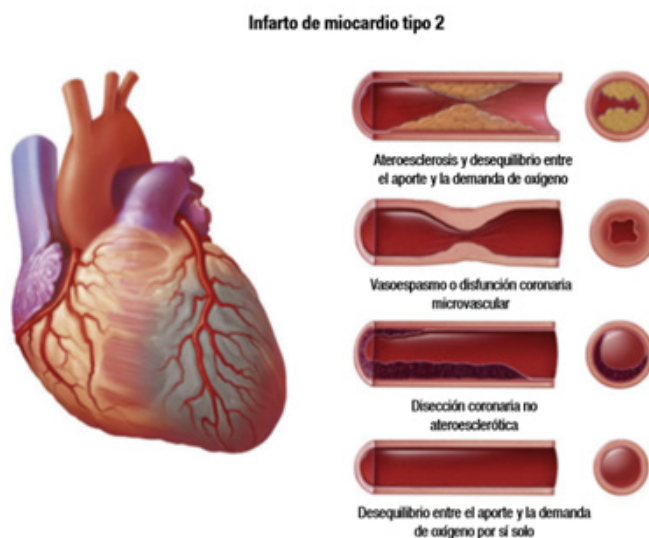


Figura 2. Infarto de Miocardio Tipo 2

Fuente: (Thygesen, y otros, 2019)

Criterios de IM tipo 2

Detección de un aumento o disminución de los valores de cTn con al menos 1 de los valores por encima del LSR del percentil 99, y evidencia de desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno miocárdico no relacionado con trombosis coronaria, en presencia de al menos 1 de las siguientes condiciones:

- Síntomas de isquemia miocárdica aguda
- Cambios isquémicos nuevos en el ECG
- Aparición de ondas Q patológicas
- Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o nuevas anomalías regionales de la motilidad de la pared con un patrón compatible con una etiología isquémica (Thygesen, y otros, 2019)

Criterios de IM tipo 3

Pacientes que sufren muerte cardíaca con síntomas compatibles con isquemia miocárdica acompañados de alteraciones presuntamente nuevas en el ECG o fibrilación ventricular, que mueren antes de obtenerse muestras sanguíneas para la determinación de biomarcadores o antes de que se haya producido un aumento detectable o cuando el IM se detecta por autopsia (Thygesen, y otros, 2019)

IM Tipos 4 y 5

Infarto de miocardio asociado a procedimientos de revascularización. El infarto o lesión miocárdica perioperatoria puede ocurrir en algunas fases de la instrumentación del corazón que se requiere durante los procedimientos de revascularización mecánicos, ya sea intervención coronaria percutánea (ICP) o cirugía de revascularización aortocoronaria (CABG). Se pueden detectar valores de cTn elevados tras estos procedimientos, puesto que pueden ocurrir varios accidentes que resulten en lesión miocárdica con necrosis. Es probable que la limitación de tal lesión sea beneficiosa para

el paciente; no obstante, no está bien definido el umbral para un peor pronóstico, relacionado con un aumento asintomático de los valores de los biomarcadores cardíacos en ausencia de complicaciones operatorias. Las subcategorías del IM relacionado con la ICP están relacionadas con la reestenosis y la trombosis del stent que pueden ocurrir tras el procedimiento primario. Un metaanálisis refiere que si se realiza ICP en los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST, produce menor incidencia de mortalidad, ya que es la estrategia más eficaz. Es sabido que el infarto agudo de miocardio trae aparejado un incremento en el número de leucocitos, pero recién en este milenio se ha destacado la relación directa entre el número de leucocitos y su morbimortalidad. También se conoce desde hace unos años que la hiperglucemia en ayunas es un importante factor de riesgo independiente para la mortalidad por IAM a 30 días, y que las cifras de glucemia se elevan en el IAM y en otras situaciones de estrés. A su vez, la hiperglucemia persistente es un predictor independiente de la evolución del IAM.^{4,10} En los últimos años se ha incrementado la evidencia científica que avala el papel de la inflamación en el desarrollo de la aterosclerosis y en la patogénesis de la trombosis coronaria. Estudios recientes muestran que la elevación de ciertos marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, interleucinas, péptido natriurético) en el síndrome coronario agudo se asocia con un mayor número de complicaciones cardiovasculares y muerte a corto y largo plazo. La hiperglucemia en estos pacientes tiene un papel facilitador en el desarrollo del infarto miocárdico y acentúa las consecuencias del daño celular producido por la isquemia aguda. Desde hace algunos años, se resalta el valor de este parámetro y se ha demostrado que es un potente predictor independiente de muerte y complicaciones intrahospitalarias en pacientes con SCA (Martínez Saldaña, Mendoza Rodríguez, González, & Alfonso, 2018).

El riesgo de hemorragia en relación a la doble anti-agregación plaquetaria, asociada o no a anticoagulación en los SCA es una inquietud frecuente en la práctica clínica, el sangrado mayor se presenta con un amplio rango de frecuencia, que va del 0.4% al 10%, dado por las diferentes definiciones de sangrado mayor, población estudiada, así como de los distintos esquemas de anti-agregación y anticoagulación, así como de la tasa de Angioplastia o cirugía de revascularización coronaria. Los factores asociados al aumento de la frecuencia de sangrado incluyen entre otros a la edad, mujeres, bajo peso, historia de sangrado, falla renal, anemia, y uso de trombolíticos. El uso de bloqueadores de la bomba de protones parece disminuir el riesgo de sangrado gastrointestinal en los pacientes con doble anti-agregación plaquetaria. (Llancaqueo, 2017)

Gómez et al señalan que según datos del estudio español OFRECE, 4,9 % de la población mayor de 40 años ha sufrido un SCA y 2,6 % tiene con seguridad angina estable. Algunos autores han planteado que hasta hace algunos años se creía que la enfermedad cardiovascular isquémica afectaba predominantemente a los varones, se puede afirmar que el riesgo cardiovascular en mujeres premenopáusicas es más bajo que entre los varones, con una proporción de 3:1 en edades de 45-54 años. La bibliografía consultada indica que es más frecuente encontrar IAMSEST en las mujeres y cuando esto sucede suele ser grave; por tanto, la incidencia de complicaciones es mayor. El estudio sobre el efecto de factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el infarto de miocardio en 52 países (INTERHEART) mostró que alrededor de 50 % del riesgo de IAM atribuible a la población corresponde al perfil lipídico y 25 %, a la hipertensión arterial. El desarrollo de dicha afección en la mujer se asocia con el aumento del peso corporal y el sedentarismo, por ello las mujeres con síndrome coronario agudo tienen mayor incidencia

de hipertensión arterial que los hombres, con elevada significación estadística. Esto permite reflexionar sobre el control adecuado de la tensión arterial que permite lograr una reducción significativa en las tasas de infarto cerebral (30-40 %), insuficiencia cardíaca (15-30 %), insuficiencia coronaria (20 %) y en las tasas de mortalidad en general por todas estas causas (13 %), así como por enfermedades cardiovasculares (25 %), aunque no se refiere en particular el género de la persona expuesta (Poll Pineda, Rueda Macías, Poll Rueda, & Linares Despaigne, 2017)

Las actuales guías europeas y americanas para el manejo de la hiperlipemia coinciden en un tratamiento intensivo del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) en los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, difieren en el tratamiento durante el seguimiento tras el alta. Mientras que las primeras consideran como objetivo terapéutico alcanzar unas cifras de cLDL <70 mg/dl o una reducción de este >50%, las guías americanas proponen, basándose en la eficacia mostrada en ensayos clínicos, el tratamiento con estatinas clasificadas según la potencia en el porcentaje teórico de reducción del cLDL. Así, se clasifican en tres categorías (Chacón, Nogales, Martínez, Lledó, & Bengla, 2016): alta (reducción del cLDL >50%), moderada (reducción del 30-50%) y baja potencia (reducción <30%). Los pacientes con SCA menores de 75 años serían subsidiarios de tratamiento con estatinas de alta potencia, mientras que los mayores de esa edad lo serían de estatinas de moderada potencia. (Chacón, Nogales, Martínez, Lledó, & Bengla, 2016)

La DA representa la principal causa de riesgo cardiovascular residual elevado tras la consecución de los objetivos de cLDL con estatinas, y está escasamente estudiada en los pacientes con SCA. Definimos DA como unas cifras de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad <40 mg/dl en varones o <50 mg/dl en mujeres, junto con

triglicéridos 150 mg/dl. En un análisis multivariante, las únicas variables relacionadas de manera independiente con la incidencia de infarto o ictus fueron la diabetes (odds ratio = 2,3; $p = 0,006$) y la utilización de estatinas de baja potencia con respecto a las de alta potencia (odds ratio = 7,0; $p = 0,002$). La consecución de los objetivos terapéuticos de cLDL no se asoció con la incidencia de estos sucesos durante el seguimiento. (Chacón, Nogales, Martínez, Lledó, & Bengla, 2016)

El tratamiento con estatinas no modifica el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad ni los triglicéridos. Los únicos fármacos que han mostrado eficacia para aumentar el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad y reducir los triglicéridos son los fibratos, pero existe escasa evidencia acerca de su beneficio en los pacientes con SCA, por lo que sus recomendaciones de uso no están bien establecidas. En conclusión, encontramos una infrautilización de las estatinas de alta potencia en los pacientes dados de alta por SCA, en contra de las recomendaciones actuales. Las estatinas de alta potencia se asocian a una mayor reducción del cLDL y al logro de los objetivos terapéuticos, mientras que las de baja potencia se asocian a una mayor incidencia de eventos cardiovasculares. La prevalencia de DA es alta en los pacientes ingresados con el diagnóstico de SCA. El tratamiento con estatinas de moderada/alta potencia no es suficiente para el control del riesgo lipídico residual en estos pacientes. El tratamiento con fibratos, que están infrautilizados en esta población, podría lograr un mayor control de la DA y disminuir el riesgo evolutivo de estos pacientes. (Chacón, Nogales, Martínez, Lledó, & Bengla, 2016)

Conclusiones

Aun cuando se ha realizado una revisión actualizada de las publicaciones acerca de los riesgos y consecuencias de pacientes con SCA se puede verificar que éstas van direccionadas hacia los protocolos de diag-

nóstico y los tratamientos pertinentes para el manejo de los diferentes tipos de IM.

Esto nos deja como lección tres cosas principalmente:

- 1) Por tratarse de una emergencia médica tiene mayor aporte científico detectar la gravedad de la complicación del paciente que las consecuencias que pueda sufrir, pues el riesgo y consecuencia principal se hace evidente, la muerte.
- 2) La bibliografía, así como algunas escalas de medición del daño han sido suficientes hasta la fecha que se mantienen vigentes y
- 3) Más que atender los riesgos y consecuencias la comunidad médica científica dedica esfuerzos en proponer tratamientos a corto, mediano y largo plazo para mantener una calidad de vida en el paciente sobreviviente con SCA.

Bibliografía

- Alfonso, F., Salamanca, J., & Pozo, E. (2016). Diagnóstico de síndrome coronario agudo en pacientes con dolor torácico en urgencias: ¿cambios a la vista. *Emergencias*, 28, 6-8.
- Chacón, A., Nogales, J., Martínez, A., Lledó, M. M., & Bengla, B. (2016). Manejo actual de la hiperlipidemia en pacientes dados de alta con el diagnóstico de Síndrome coronario agudo. *Revista Española de Cardiología*, 69(1), 75-85.
- Collet, J., Thiele, H., Barbato, E., Bauersachs, J., Bhatt, D., Dendale, P., y otros. (2020). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, doi:10.1093/eurheartj/ehaa575.
- Llancaqueo, M. (2017). MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 291-300.
- Martínez Saldaña, A., Mendoza Rodríguez, M., González, L., & Alfonso. (2018). Índice leucoglucémico como predictor de complicaciones en el síndrome coronario agudo. *Med Crit*, 32(1), 27-33.
- Marzal Martín, D., López, J. L., & Roldán Rabadán, I. (2017). Proceso asistencial simplificado del síndrome coronario agudo. Actualización 2017. Sociedad Española de Cardiología.

Poll Pineda, J. A., Rueda Macías, N. M., Poll Rueda, A., & Linares Despaigne, M. d. (2017). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con síndrome coronario agudo según sexo. MEDISAN, 21(10), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000002&lng=es&tlng=en.

Sosa, I., Diéz, P., Diéz, F., Ruiz, M., González, A., & Fernandez, F. (2016). Predicción del riesgo hemorrágico a medio plazo tras un síndrome coronario agudo: una asignatura pendiente. Revista de Española de Cardiología, 69(5), 520-530.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., y otros. (2019). Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. Revista Española de Cardiología, 27(1), 10-15.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMESCLAR, AJUSTAR Y
CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE
Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES
ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.

CITAR ESTE ARTICULO:

Sancan Zambrano, J., Zamora Cevallos, Á., Vélez Solórzano, R., & Ortiz Vélez, L. (2020). Riesgos y consecuencias de los pacientes diagnosticados con síndrome coronario agudo. RECIMUNDO, 4(3), 274-284. doi:10.26820/recimundo/4.(3).sep.2020.274-284