

1. INTRODUCCIÓN:

Dentro dos pacientes que presentan SCA, o SCASEST supón en certas ocasións un desafío diagnóstico e aínda mais se cabe no medio extrahospitalario.

As prevalencias que podemos atopar en pacientes non seleccionados cando o motivo de asistencia é o dor torácica son as seguintes: IAMCEST 5-10%; IAMSEST 15-20%; Angor inestable 10%; outras cardiopatías 15%; enfermidades non cardíacas 50%.

2. DEFINICIÓNS:

O síntoma principal que pon en marcha o proceso diagnóstico e terapéutico dos pacientes con SCA é a **dor torácica**, descrito como dor, presión ou pesadez e quemazón. Caracterízase por dor torácica prolongada ou recorrente, con irradiación ao colo, mandíbula inferior ou brazo esquerdo. Algúns pacientes presentan síntomas menos típicos como a falta de aire, disnea illada, sudoración, dor epigastrio, náuseas ou vómitos, fatiga, palpitacións ou síncope.

Segundo o electrocardiograma pódense diferenciar dous tipos:

2.1 Pacientes con dor torácica agudo e elevación persistente (> 20 min) do segmento ST. **(SCACEST)**

2.2 Pacientes con dor torácico agudo, pero sen elevación persistente do ST **(SCASEST)** e cambios electrocardiográficos como a elevación transitoria do segmento ST, a depresión transitoria ou persistente do segmento ST, a inversión das ondas T, ondas T planas ou pseudonormalización das ondas T, aínda que o ECG pode ser normal.

O SCASEST inclúe tanto a pacientes asintomáticos no momento da presentación como a pacientes con isquemia activa, inestabilidade eléctrica ou hemodinámica ou en parada cardíaca.

O termo **infarto de miocardio (IAMSEST)** débese empregar cando hai *evidencia de dano miocárdico* (definido como elevación de troponinas cardíacas a valores superiores ao percentil 99 do límite superior de referencia), con presenza de necrosis nun contexto clínico compatible con isquemia miocárdica e polo menos un dos seguintes parámetros:

1. Síntomas de isquemia.
2. Cambios significativos no segmento ST-T, bloqueo de rama esquerda novos ou presumiblemente novos en ECG de 12 derivacións.
3. Aparición de ondas Q patolóxicas no ECG.
4. Evidencia detectada por imaxe de nova ou presumiblemente nova perda de miocardio viable ou anomalía rexional na motilidade da parede.
5. Identificación dun trombo intracoronario mediante angiografía ou autopsia.

A **anxina inestable** defínese como a isquemia miocárdica en repouso ou con mínimo esforzo *en ausencia de necrosis miocárdica*. Comparado con IAMSEST, os pacientes con anxina inestable non padecen necrosis miocárdica, teñen un risco de morte substancialmente

menor e obteñen menos beneficios do tratamento antiagregante intensivo e o tratamento invasivo precoz.

3. OBXECTIVOS:

Identificar aos pacientes con isquemia miocárdica activa que teñen risco de arritmias potencialmente mortais e requiren estreita monitorización e traslado a un centro hospitalario para completar o seu diagnóstico e tratamento.

4. VALORACIÓN INICIAL E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

ANAMNESE:

A presentación clínica mais habitual sole ser:

- Dor anxinosa prolongada (> 20 min) en repouso. O dor torácico en repouso conleva un peor pronóstico.
- Anxina de nova aparición (clase II ou III da clasificación da Canadian Cardiovascular Society).
- Anxina post-IM agudo.

Os síntomas atípicos obsérvanse mis frecuentemente en pacientes de máis idade, en mulleres, pacientes con diabetes mellitus (DM), enfermidade renal crónica (ERC) ou demencia.

Aumentan a probabilidade de SCASEST a idade avanzada, o sexo masculino, a historia familiar de EAC, a diabetes mellitus, a hiperlipemia, a hipertensión, a insuficiencia renal, a manifestación previa de EAC e a enfermidade arterial periférica ou carotídea.

Factores que poden desencadear ou exacerbar o SCASEST son entre outros a anemia, a infección, a inflamación, a febre, os trastornos metabólicos ou endocrinos (particularmente os tiroideos).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Adoita ser normal, a menos que haxa signos de insuficiencia cardíaca, inestabilidade eléctrica.

A taquicardia, a hipertensión, a insuficiencia cardíaca e a regurxitación mitral nova durante a presentación predín un peor pronóstico requirindo un diagnóstico e manexo rápido.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

- Electrocardiograma (ECG)

Débase realizar nos primeiros 10 minutos (Clase I B).

Pode ser normal en mais dun terzo dos pacientes. As alteracións electrocardiográficas características inclúen a depresión do ST, a elevación transitoria do ST e cambios na onda T.

Os pacientes con depresión do segmento ST teñen un pronóstico peor cos pacientes cun ECG normal. O número de derivacións que amosan a depresión do ST e a magnitude da depresión indican a extensión e a gravidade da isquemia e correlacionanse, por unha parte, co pronóstico e, por outra co beneficio invasivo. Unha depresión do ST $\geq 0,05$ mV en dous ou mais derivacións contiguas (no contexto adecuado) indican un SCASEST e se asocia a un pronóstico adverso. A depresión do ST combinada coa elevación transitoria do ST identifica a un subgrupo de pacientes de alto risco.

Nos pacientes con bloqueo de rama esquerda, o uso de criterios electrocardiográficos específicos (criterios de Sgarbossa) pode axudar a identificar aos pacientes candidatos a coronariografía inmediata.

5- MANEXO E DIAGNÓSTICO

Debe trasladarse ao paciente monitorizado, con vía venosa periférica e con toma de constantes programada (TA, fc, SatO₂)

TRATAMENTO FARMACOLÓXICO:

O obxectivo do tratamento farmacolóxico antisquémico é diminuír a demanda miocárdica de osíxeno ou aumentar o aporte de osíxeno ao miocardio.

Osíxeno: para manter saturacións en torno 92-93%.

Nitratos: os intravenosos son mais eficaces que os nitratos sublinguais para o alivio dos síntomas e a regresión da depresión do ST. Contraindicado en pacientes hipotensos.

Aos pacientes que tomaran inhibidores de fosfodiesterasa (24 horas sildenafilo, vardenafilo; 48 horas tadalafilo) non se lles debe administrar nitratos debido ao risco de hipotensión grave.

Antiagregación:

AAS: a dose de carga recomendada de AAS normal (formulación no entérica) é de 150-300 mg e a dose intravenosa recomendada é entre 75- 250 mg.

No noso medio podemos establecer unha sospeita diagnóstica, pois para a confirmación faise necesario a determinación dos biomarcadores de dano miocárdico.

A identificación de pacientes de alto risco de evolución desfavorable permite optimizar a terapéutica, sendo recomendable a realización de angioplastia en < 2 horas.

Son criterios de alto risco:

- Inestabilidade hemodinámica ou shock cardioxénico.
- dor torácica recorrente a pesar do tratamento médico.
- Arritmias potencialmente mortais.
- Complicacións mecánicas de infarto de miocardio.
- Fallo miocárdico agudo claramente relacionado co Síndrome Coronario Agudo sen elevación do ST.
- Depresión do segmento ST >1 mm/ 6 derivacións mais elevación do ST en aVR e/ou V1.
- Diagnóstico de Infarto de miocardio sen elevación do ST.
- Cambios novos ou presumiblemente novos do ST/T (sintomáticos ou asintomáticos).
- Parada cardíaca resucitada sen elevación do ST ou shock cardioxénico.

Cando o paciente presente algún criterio de alto risco, contactarase co servizo de hemodinámica da aérea correspondente para valorar conxuntamente o traslado directo a dito servizo.

ABREVIATURAS

AAS: ácido acetilsalicílico

DL: dislipemia

DM: diabetes mellitus

EAC; enfermidade arterial coronaria

ECG: electrocardiograma

ERC: enfermidade renal crónica

HNF: heparina non fraccionada

HTA Hipertensión arterial

IAMSEST: infarto agudo de miocardio sen elevación ST

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación ST

ICP: intervención coronaria percutánea

SCA: síndrome coronario agudo

SCASEST: síndrome coronario agudo sen elevación do ST

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Guía ESC 2015 sobre o tratamento dos síndromes coronarios agudos en pacientes sen elevación persistente do segmento ST.
- Guía ESC 2017 sobre o tratamento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación do segmento ST
- Guía ESC 2020: ESC guideline for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.
- 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: supplementary data.