

PRESENTACIÓN DE CASOS

MANEJO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Javier Gutiérrez Jaramillo*

INTRODUCCIÓN

Se presentan a continuación unos problemas cardiológicos, sobre los cuales se realizarán una serie de preguntas que se irán solucionando a medida que transcurra la descripción.

PROBLEMA 1

Hombre de 68 años con dolor retroesternal intenso de una hora de duración acompañado de sudoración, náuseas, vomito y disnea.

¿En qué empieza usted a pensar?

Todo dolor por encima del ombligo, y especialmente acompañado de esos síntomas autonómicos debe hacer pensar en infarto agudo de miocardio.

La duración mayor de 30 minutos, hace más probable el diagnóstico de infarto que de angina. Siempre hay que tener en cuenta el diagnóstico de disección de aorta. Son índices de sospecha para éste diagnóstico antecedentes de hipertensión arterial y dolor irradiado a región interescapular.

Factores de riesgo de este paciente: hipertensión arterial, tabaquismo, aumento de lípidos, la madre murió de infarto a los 40 años, estrés importante. Estos factores de riesgo en el paciente hacen mucho más probable el diagnóstico de infarto de miocardio. Todo dolor retroesternal o precordial debe ser analizado en contexto con los factores de riesgo.

Al paciente se le tomó un ECG que mostró una elevación marcada del ST en V1,V2,V3,V4.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Infarto agudo de miocardio anteroseptal con elevación del segmento ST

Siempre defina si hay elevación del ST, y clasifique el infarto con elevación del ST o sin elevación del ST.

Al examen físico se encontró: TA 250/140, estertores en 2/3 inferiores de los campos pulmonares.

Dé sus diagnósticos hasta acá

- Infarto agudo de miocardio anteroseptal con Elevación del ST.
- Emergencia hipertensiva.
- Edema agudo de pulmón.

* Médico Internista Cardiólogo, Clínica Fundación Valle del Lili. Docente Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle.

Cuando se presenta este cuadro tan claro como el de este paciente no hay necesidad de pedir enzimas.

¿Cuál es la droga de elección para manejar la emergencia hipertensiva?

Nitroglicerina

Es preferible la nitroglicerina al nitroprusiato de sodio porque a pesar de que los dos bajan la pre y la postcarga, la nitroglicerina tiene una acción vasodilatadora selectiva coronaria en el sitio de la lesión, mientras que el nitroprusiato produce vasodilatación generalizada coronaria produciendo robo coronario agravando la isquemia. Ambas son titulables.

¿Cuáles son las dos medidas más efectivas en el manejo de un infarto agudo con elevación del segmento ST?. Ponga en primer lugar la más importante.

Abrir la arteria:

1. Angioplastia stent.
2. Trombolisis.

La medida más eficaz es la angioplastia con stent. El problema es la logística para hacerla. Se necesita hacerla en menos de 3 a 6 horas lo que la hace difícil en muchos sitios de nuestra región. Por eso si no se puede cumplir con ese tiempo haga la trombolisis inmediatamente.

¿Qué otras drogas utilizaría en la etapa aguda de nuestro paciente?

Morfina, furosemida, IECAs, betabloqueadores, estatinas.

La furosemida y la morfina tienen acción benéfica bajando la precarga por dilatación venosa, disminuyendo la congestión pulmonar. Aunque los betabloqueadores deben darse una vez compensado el paciente de su falla cardíaca por ser aguda, en falla crónica pueden darse desde el comienzo aunque el paciente esté descompensado y con edemas. Empezar con dosis bajas. El carvedilol sería la droga preferida. Seguiría el metoprolol.

Si este paciente tuviera los lípidos normales, ¿no le daría estatinas?

Todo paciente con enfermedad coronaria debe recibir estatinas no importa los niveles de los lípidos. Así lo demostró el estudio de protección del corazón. Las estatinas

tienen otras acciones benéficas distintas a las de bajar los lípidos: acción antiinflamatoria, acción antitrombótica. Por esto se considera que las estatinas son una nueva aspirina. Recordar que el 50% de los pacientes con enfermedad coronaria, tienen los lípidos normales. Se empiezan las estatinas desde el comienzo del infarto para crear en el paciente la conciencia de la importancia de su uso. Es muy importante en nuestro paciente indicarle que el cigarrillo es un gran factor de riesgo para su enfermedad y que debe dejar de fumar. Si se aprovecha esta situación de gravedad, hay éxito en dejar de fumar en la mayoría de los casos.

Los IECAs son importantes para evitar la remodelación miocárdica y la cardiomiopatía dilatada. Su beneficio es mayor mientras más grande sea el infarto de miocardio. Los infartos pequeños se benefician menos, y acá deben darse por corto tiempo: 6 semanas.

La aspirina es droga de primera línea en el manejo de toda la enfermedad coronaria. Debe dársele al paciente desde el comienzo del diagnóstico del infarto agudo de miocardio no importa que se le vaya a hacer cateterismo. Se recomienda que la dosis inicial sea masticada para acelerar su absorción.

En el último Congreso Europeo de Cardiología (2003) se habló de un 30% de resistencia a la aspirina. Hay que esperar más estudios para ver como se enfrenta este problema. Si esto llegara a ocurrir se recomienda aumentar la dosis o cambiar a otro antiplaquetario. El estudio COMBO demostró que los anticoagulantes tipo warfarina combinados con la aspirina también son benéficos en reducir la reincidencia del infarto sin aumentar las complicaciones hemorrágicas.

PROBLEMA 2

Hombre de 58 años con dolor precordial de media hora de duración, hiperlipidémico. Padre murió de infarto a los 48 años. Se le toma un ECG que muestra descenso del ST de 2 mms, con onda T negativa simétrica desde V2 a V6.

¿Cuál es sus dos posibilidades diagnósticas?

1. Angina inestable
2. Infarto sin elevación del ST o infarto no Q.

Pida un solo examen de sangre que le ayude al diagnóstico.

Troponina

La troponina es altamente específica. Se eleva rápidamente y puede durar alta 15 días después del infarto de miocardio.

El médico de urgencias ordena: "Jefe dele cuatro tabletas de"

Complete la frase

"Jefe dele cuatro tabletas de clopidogrel"

El estudio CURE demostró alto beneficio en prevenir nuevos eventos coronarios desde las primeras horas hasta 9 meses o un año después administrando posteriormente una tableta diaria.

Debe administrarse con la aspirina, incluso si se va a hacer una angioplastia.

¿Cuál es el avance más significativo en la cardiología intervencionista para el manejo de la enfermedad coronaria?

Angioplastia con stent recubiertos

Los stent recubiertos con rapamicina o sirolimus, o plaquitaxel protegen contra la reestenosis. Estas son sustancias antioncológicas que evitan la proliferación celular. Al comienzo se empezó a hacer en lesiones de un solo vaso. Ahora se hace en lesiones múltiples. El estudio SIRIUS demostró su gran beneficio en pacientes con diabetes. También en pacientes con infarto agudo de miocardio. Este procedimiento irá desplazando cada vez más a la cirugía de puentes coronarios.

A la salida del paciente se le ordena Vitamina E como antioxidante, para prevenir la aterosclerosis.

¿Está usted de acuerdo con este medida?

Ni la vitamina E, ni los betacarotenos, ni la vitamina C sirven ni para la prevención primaria ni secundaria de la enfermedad coronaria.

¿Qué opina de los estrógenos y progestágenos en relación con enfermedad coronaria?

Estudios observacionales mostraron el beneficio de ellos, y por mucho tiempo los formulamos. Hoy hemos cambiado completamente de conducta. Ellos pueden aumentar el cáncer de mama y el infarto de miocardio. También producen trombosis venosas profundas, cálculos biliares. No se justifican para prevención ni primaria ni secundaria de enfermedad coronaria. De tal manera que debe ser limitado su uso, sopesando riesgo contra beneficio. La frase "esta droga debe tomarla de por vida" debe ser cuidadosamente ponderada, e incluso evitada.

¿Se justificaría para mejor calidad de vida?

El estudio WHI no demostró ese beneficio.

Cuando usted se enfrente a un paciente diabético, ¿qué drogas le manda fuera de las drogas para controlar la glicemia?

La diabetes es un factor de riesgo muy importante para enfermedad coronaria, tan importante es que en el tratamiento de un paciente diabético debe ser considerado como si fuera prevención secundaria de enfermedad coronaria. Por lo tanto deben darse también estas drogas:

- Aspirina
- IECAs
- Estatinas.

El cambio en el estilo de vida es tan importante o más importante que las mismas drogas.

A nuestro paciente le mandaron a tomar licor en forma moderada para prevenir nuevo infarto de miocardio.

¿Cree usted qué es correcta o incorrecta esa medida?

Puede ser correcta. El alcohol y cualquier tipo de alcohol, no solo el vino previene la reincidencia del infarto. Sin embargo debe pesarse bien esta indicación porque se podría crear otro problema cual es el de la adicción.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La enfermedad coronaria no se cura, se controla. Por la tanto la prevención primaria es básica: el cambio en el estilo de vida es fundamental: dieta baja en grasa, rica en verduras, frutas. El ejercicio es muy importante, y ha demostrado claramente sus beneficios. El caminar como mínimo ½ hora 3-4 veces por semana es recomendable en todos, enfermos o sanos. Cuando usted recomiende el ejercicio deje al paciente la elección de qué tipo de ejercicio le gustaría hacer. El control estricto de la diabetes, agregando las drogas que enseñamos va a ser útil. El dejar de fumar es básico. El control de la presión arterial, y el establecer el estado prehipertensivo de acuerdo al VII comité para el manejo de la hipertensión se deben tener en cuenta. El manejo del estrés también es importante. El refrán es mejor prevenir que curar si-gue siendo válido.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Freedman JE.** Antioxidant versus Lipid-Altering Therapy. Some Answers, More Questions. *N Engl J Med* 2001; 345: 1636-1637.
2. **WHI.** *New Eng J Med.* May 8; 2003.
3. **XXIII Congress of the European Society of Cardiology. WARIS II:** Combo of warfarin and aspirin beats either alone in long-term treatment after MI. *N Engl J Med* 2002; 347:161-7. *Lancet* 2002; 360: 109-13
4. **MRC/BHF.** Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: A randomized placebo-controlled
5. **Ronnier J, Aviles, MD, Arman T, et al.** Troponin T Levels in Patients with Acute Coronary Syndromes, with or without Renal Dysfunction. *New Eng J Med*, 2002 Vol. 346: 2047-2052.
6. **The CURE Investigators.** Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502.
7. **Patrick W. Studio RAVEL.** Early Outcome After Sirolimus-Eluting Stent Implantation in Patients With Acute Coronary Syndromes. *New Eng J Med* 2002. Vol. 346:1773-1780.