

ANGINA INESTABLE

Progresiva, de reciente comienzo,
síndrome coronario agudo

Raúl L. Díaz

ANGINA INESTABLE

- ◉ El diagnóstico de **angina de pecho inestable** se basa en gran medida en el cuadro clínico inicial
- ◉ La forma estable se caracteriza por molestias retroesternales o en brazos, que rara vez se describen como dolor y que ceden al cabo de 5 a 10 min con el reposo, con la aplicación sublingual de nitroglicerina, o con ambas medidas

○ La **angina inestable** se define como angina de pecho o molestia isquémica equivalente que posee por lo menos una de las tres características siguientes:

1) Surge durante el reposo (o con ejercicio mínimo) y suele durar más de 10 min

2) Es intensa y su comienzo es reciente (es decir, durante las cuatro a seis semanas anteriores)

3) Su perfil es de intensificación constante (es claramente más intensa, duradera o frecuente que antes)

FISIOPATOLOGÍA

- La **angina inestable** puede ser causada por disminución del aporte de oxígeno, por incremento de la necesidad de oxígeno por parte del miocardio, o por ambos factores (p. ej., por taquicardia o anemia intensa) que se sobreañade a obstrucción de coronarias

- ◉ Se han identificado cuatro fenómenos fisiopatológicos que contribuyen a la aparición y evolución de AI:
 - 1) Rotura o erosión de una placa aterosclerótica, a la que se sobreañade un trombo no ocluyente; sería la causa más frecuente
 - 2) Obstrucción dinámica (como espasmo coronario), como se observa en la angina variante de Prinzmetal
 - 3) Obstrucción mecánica progresiva (p. ej., aterosclerosis coronaria de evolución rápida o una nueva estenosis después de intervención coronaria percutánea)
 - 4) Angina inestable secundaria, *que depende de la mayor demanda de oxígeno por el miocardio, del menor aporte de dicho gas (como en el caso de anemia), o de ambos factores*

CLÍNICA

- ◉ El signo clínico definitorio de la AI es el dolor de pecho de localización retroesternal típica o a veces en el epigastrio, y que a menudo irradia a cuello, hombro izquierdo o brazo izquierdo
- ◉ La molestia asume en general intensidad suficiente como para considerarla dolorosa. También surgen a veces "equivalentes" anginosos como disnea y molestias epigástricas

- Si el sujeto tiene una gran zona de isquemia del miocardio o infarto de miocardio sin elevación del segmento ST de gran tamaño, los signos físicos pueden incluir diaforesis, piel pálida y fría, taquicardia sinusal, tercero o cuarto ruido cardíaco (o ambos), estertores en las bases pulmonares y a veces hipotensión

ECG

- En la AI, en 30 a 50% de los pacientes se observa depresión del segmento ST, elevación transitoria del mismo segmento, inversión de la onda T o las dos alteraciones simultáneamente, según la gravedad del cuadro inicial
- En sujetos con el cuadro clínico de angina inestable, un elemento que anticipa resultados adversos es la presencia de una desviación del segmento ST

INDICADORES BIOLÓGICOS

- Los pacientes con AI que tienen mayores niveles de indicadores de necrosis como CK-MB y troponina están expuestos a mayor riesgo de muerte o de recurrencia del infarto del miocardio
- Los niveles altos de estos indicadores son los que permiten diferenciar a sujetos con infarto de miocardio sin elevación del segmento ST, de los que tienen angina inestable

DIAGNOSTICO

- ◉ Existen cuatro instrumentos diagnósticos importantes en que se utilizan para confirmar la presencia de AI: la anamnesis, los trazos ECG, los indicadores cardíacos y una prueba de esfuerzo
- ◉ Los objetivos buscados son:
 - 1) Identificar o descartar infarto del miocardio (por empleo de indicadores cardíacos)
 - 2) Valorar la isquemia en reposo (dolor retroesternal en reposo, ECG seriado o continuo)
 - 3) Evaluar en busca de arteriopatía coronaria notable (por pruebas de esfuerzo como factor de estimulación)

CLASIFICACIÓN

- La AI comprende las sgtes. variedades:
 - Angina de pecho de reciente comienzo: El dolor anginoso tiene menos de 3 meses de evolución, por lo que representa un grupo de mayor riesgo, ya que se desconoce la agresividad de la lesión
 - Angina de pecho progresiva: El paciente relata un aumento en el número, intensidad y duración del dolor, que aparece ante esfuerzos cada vez menores e incluso durante el reposo

- *Síndrome coronario intermedio:* El dolor aparece ante el mínimo esfuerzos o en pleno reposo, ocurre varias veces en el día, es prolongado, calma de manera parcial con los nitratos y es iterativo

TRATAMIENTO

Tratamiento médico:

- ◉ Reposo absoluto con vigilancia ECG continua en busca de desviación del segmento ST y valoración del ritmo cardíaco
- ◉ Se permite la ambulación si no reaparece la isquemia y no se detecta un indicador cardíaco de necrosis, durante 12 a 24 h
- ◉ Las medidas médicas incluyen las terapéuticas simultáneas antiisquémica y antitrombótica.

Terapia antiisquémica y antitrombótica:

- ◉ El tratamiento inicial debe incluir nitratos y betabloqueantes para lograr alivio del dolor retroesternal y evitar que reaparezca
- ◉ Los antitrombóticos constituyen otro recurso para tratar la AI. El tratamiento inicial debe incluir la aspirina, que es inhibidora de la ciclooxigenasa plaquetaria
- ◉ El clopidogrel, una tienopiridina, que bloquea el receptor adenosínico de plaquetas (en combinación con la aspirina)
- ◉ Al régimen de aspirina y clopidogrel habrá que agregar heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular

FIN