



Título: DOLOR TORÁCICO AGUDO. SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Autores: Dra. C. Araguás, Dr. J. Font

Servicio de Medicina Interna, Servicio de Urgencias

diciembre 2009

- Abstract -

El dolor torácico agudo no traumático, entendido como cualquier sensación álgica de instauración reciente que se localiza entre el cuello y la base del diafragma, es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias (del 5 al 20%). Su diagnóstico es relevante ya que se asocia a múltiples entidades patológicas que pueden comprometer la vida del paciente. **La más frecuente** de las causas graves de dolor torácico agudo es el Síndrome coronario agudo (SCA).

La fisiopatología de la **Cardiopatía Isquémica** es un proceso complejo y multifactorial. Por **un** lado existe un proceso constante y apenas reversible, que produce un estrechamiento luminal gradual y lento (aterosclerosis). Por otro lado tiene lugar un proceso dinámico y potencialmente reversible que modifica la progresión lenta hacia una forma súbita e impredecible causando una rápida oclusión coronaria que puede ser parcial o completa (*Trombosis, Vaso espasmo, Microembolización*).

Para un manejo adecuado del SCA es necesaria la realización de una evaluación diagnóstica correcta (basada en la historia clínica, el ECG i la determinación de marcadores de daño miocárdico), que nos permitirá clasificar a los pacientes en dos grandes grupos diagnósticos: el SCASEST (Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST) y el SCACEST (Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST o BRIHH de nueva aparición). A partir de aquí la clave estará en una correcta estratificación del riesgo permitiendo así una mejor **optimización** del tratamiento correspondiente y prevención de las complicaciones. Aunque en ambos grupos el síntoma cardinal es el dolor, la subdivisión que se hace no es arbitraria ya que lleva implícita una importante diferencia fisiopatológica, como el tipo de trombo y el grado de oclusión, que los hace diferentes en cuanto a la elección del tratamiento y también en el pronóstico.

Para los enfermos diagnosticados de SCA disponemos de dos estrategias terapéuticas, **la** farmacológica y **la** intervencionista. Ambas han demostrado eficacia y son complementarias. La estrategia farmacológica incluye principalmente **los** fármacos antitrombóticos (Antiplaquetarios - Aspirina, Dienopiridinas como el Clopidogrel e inhibidores del receptor IIb/IIIa, - y anticoagulantes - Heparina Sódica, Enoxaparina y Fondaparina) y **los** fármacos antiisquémicos (Nitratos, Bbloqueantes y antagonistas del Calcio). La estrategia intervencionista en cambio, tiene como objetivo abrir la arteria y evitar su nueva obstrucción. Este objetivo se puede conseguir con intervención coronaria percutánea o cirugía (by-pass aortocoronario).