



Alternativas para el Manejo de las Enfermedades Cardiovasculares más frecuentes.

Escogiendo el Camino, Alternativas de Tratamientos en Síndromes Coronarios Agudos

Dra. Gabriela Borrayo Sánchez / Enero 2017

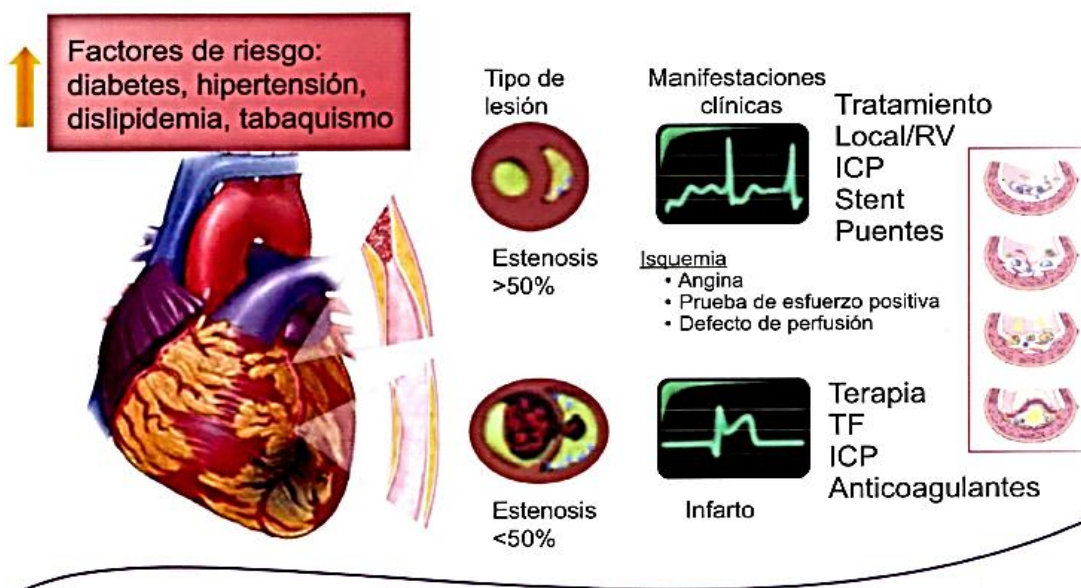
Una de las preguntas que nos hacemos constantemente es ¿cuál es el mejor antiplaquetario que podemos ofrecer al paciente?, pero sobre todo ¿en qué momento y en qué etapa de la reperfusión lo vamos a indicar? En primer lugar es importante ubicar el estado de la morbilidad en México, actualmente la cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad, anteriormente se consideraba que las enfermedades infecto contagiosas ocupaban los primeros lugares, sin embargo las enfermedades crónico degenerativas han ocupado los primeros lugares, representando 18% con 105,000 muertes y junto con las enfermedades cerebrovasculares aproximadamente el 24%.

Es importante identificar cómo ha disminuido la mortalidad con todos los tratamientos, desde el uso de aspirina que aún prevalece, hasta los tratamientos actuales, como las estrategias de reperfusión que tienen que ver con la intervención coronaria percutánea, aspiración de trombo y uso de stents liberadores de fármacos. Un punto importante en esto es la terapia adjunta en donde los antiagregantes plaquetarios llevan la batuta.



En el 2005 Peter Libby realizó una división sobre el Síndrome Coronario Agudo (SICA) con elevación del segmento ST y el Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST, que se relaciona con el incremento en los factores de riesgo tales como: diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, que es lo que puede predecir la aterotrombosis y aterogénesis en forma acelerada. Sabemos que el SICA sin elevación del ST, se asocia con estenosis crónica de las arterias coronarias que con el cuadro presenta una manifestación de isquemia que se 30 identifica por la prueba de esfuerzo, un defecto de perfusión determinara la disminución en el aporte de oxígeno y con ello llevar al paciente a una mejor revascularización, sin embargo, en el SICA con elevación de ST no son significativas desde el inicio y se relacionan con una actividad en el núcleo lipídico de una manera importante, tanto inflamatoria como protrombótica, de tal manera que de forma súbita estas lesiones que no son significativas nos dan una lesión obstructiva al 100% y aquí es importante el mecanismo de perfusión ya que depende de eso salvar al miocardio tanto con perfusión coronaria percutánea como con terapia fibrinolítica.

SICA: Aterosclerosis



Haciendo un poco de referencia a este fenómeno fisiopatológico recordamos que los monocitos y los linfocitos T son los responsables de la formación de la placa, cuando el endotelio es disfuncional migran al subendotelio y al estar dentro del subendotelio se convierten en células protrombóticas e inflamatorias, donde se empieza a liberar el factor muscular que es el desencadenante de la cascada de coagulación, sobre todo de la activación del factor Vll y de la activación plaquetaria. Dentro de las citocinas que se pueden mencionar esta la IL 6 que estimula la proteína C reactiva y el factor tisular, de tal manera que todo este proceso predispone a la obstrucción de la arteria coronaria y a la protrombosis.

Aterogénesis

