

Exclusivo Online

GUÍAS de manejo de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST

www.fac.org.ar/revista

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 15 de enero de 2012
Corregido el 29 de marzo de 2012
Aceptado el 17 de abril de 2012

Publicado on-line el 30 de septiembre de 2012

Los autores declaran no tener
conflictos de interés

Versión on-line: www.fac.org.ar

**Comité de Cardiopatía Isquémica de la
Federación Argentina de Cardiología (FAC) 2011-2012**

Coordinación

Ernesto Paolasso (*Instituto Cardiovascular de Rosario*)

Miembros del Grupo de Trabajo

Julio Bono (*Sanatorio Allende-Córdoba*)

Ricardo Castro (*Hospital Nacional de Clínicas-Córdoba*)

Eduardo Conci (*Instituto Modelo de Cardiología-Córdoba*)

Gerardo Fernandez Cid (*Hospital Tornú Buenos Aires*)

Héctor Luciardi (*Hospital Centro de Salud-Tucumán*)

Juan Muntaner (*Centro Modelo de Cardiología-Tucumán*)

Guillermo Moisés Azize (*Hospital Córdoba-Córdoba*)

Walter Quiroga Castro (*Instituto Modelo de Cardiología-Córdoba*)

Hugo Ramos (*Hospital de Urgencias-Córdoba*)

Horacio Simondi (*Hospital Italiano-Córdoba*)

Gerardo Zapata (*Instituto Cardiovascular de Rosario-Santa Fe*)

CONTENIDO

Manejo prehospitalario

Introducción. Diagnóstico. Tratamiento. Objetivos del servicio prehospitalario. Manejo de las arritmias en el período prehospitalario. Trombolisis prehospitalaria. Consenso 2011 de estrategias de reperfusión en IMCEST. Manejo de los pacientes de alto riesgo. Heparina durante la fase prehospitalaria. Requisitos para la fibrinólisis prehospitalaria.

Manejo intrahospitalario

Presentación clínica. Diagnóstico. Electrocardiograma. Marcadores Séricos. Troponina T e I. Troponina Ultrasensible. CK-MB. CPK Total. Diagnóstico diferencial. Conducta inicial en la sala de emergencia Reconocimiento inicial. Evaluación del riesgo. Evaluación de riesgo Clínico al ingreso. Evaluación de riesgo Hemorrágico al ingreso. Medidas de rutina. Conducta terapéutica en la unidad de cuidados intensivos. Tratamiento específico. Estrategia de reperfusión. Selección de la estrategia de reperfusión según los tiempos. Recomendación del tipo de reperfusión miocárdica. Trombolíticos. Contraindicaciones. Drogas. Selección del agente fibrinolítico. Situaciones clínicas. Criterios de reperfusión. Fracaso de la trombolisis. Recomendaciones ante el fracaso de la trombolisis. Complicaciones del tratamiento fibrinolítico. Fallo de reperfusión. Conducta. An-

gioplastia directa o primaria. Recomendaciones. Tromboaspiración manual durante la ATC primaria (ATCp). Uso de stents liberadores de drogas (SLD) durante ATCp. ATCp vs Fibrinólisis. ATC facilitada. Medicación adyuvante. Antiagregantes plaquetarios. Aspirina. Clopidogrel. Prasugrel. Ticagrelor. Cilostazol. Inhibidores de los receptores Glicoproteicos IIb/IIIa plaquetarios. Triple antiagregación plaquetaria. Inhibidores del receptor plaquetario PAR 1 de trombina. Situaciones especiales. Tratamiento adyuvante a la reperfusión. Antiagregantes. Antitrombóticos indirectos. Heparina No Fraccionada. Heparina de bajo peso molecular. Fondaparina (Pentasacárido). Antitrombóticos Directos. Hirudina. Hirulog (Bivalirudina). Anticoagulación oral (Warfarina o Acenocumarol). Administración rutinaria de ACOs. Nuevos anticoagulantes.

Tratamiento Coadyuvante. Nitroglicerina. Betabloqueantes. Bloqueantes del SRA-A. Inhibidores de la ECA. Bloqueador

del receptor de la AII. Bloqueante selectivo de la Aldosterona. Bloqueante de los Canales de Calcio. Magnesio. Protección Metabólica del Miocardio. Transferencia institucional. Medidas Generales. Control de Signos Vitales. Electrocardiograma. Laboratorio. ECO 2D. Rx de Tórax. Dieta. Reposo. Ansiolíticos. Manejo de los Lípidos. Traslado del paciente a habitación de planta. Identificación del Riesgo del paciente. Recomendaciones para el alta hospitalaria precoz. Evaluación no Invasiva. Prueba de Esfuerzo. Métodos de Diagnóstico por Imágenes. Utilidad de los Métodos de Diagnóstico por Imágenes. Ecocardiograma con estrés físico o farmacológico. Cardiología Nuclear. Evaluación Invasiva. En IAM no complicado y no tratado con fibrinolíticos. Coronariografía de rutina y eventual revascularización luego del tratamiento exitoso con trombolíticos. Utilización de ATC rutinaria de la arteria relacionada al infarto inmediatamente después del tratamiento trombolítico fallido.

Importantes avances en el diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) tuvieron lugar en la última década. El principal desafío para el IAM con elevación del segmento ST, es aún hoy el mismo, el tiempo para restaurar la reperfusión miocárdica y el momento oportuno en implementar las estrategias de prevención secundaria para tantos pacientes como sea posible.

A las guías y recomendaciones existentes de sociedades científicas, líderes de opinión, como la Sociedad Europea de Cardiología, el Colegio Americano de Cardiólogos y la Asociación Americana del Corazón, desde la **Federación Argentina de Cardiología** se propone clasificar a los centros asistenciales según el nivel de complejidad que los mismos dispongan:

- **Centros de Nivel A:** Aquellos centros que disponen de Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía Cardíaca y Hemodinamia, además de poder contar con Balón de Contrapulsación.
- **Centros de Nivel B:** Centros que tienen solo Unidad de Cuidados Intensivos.
- **Centros de Nivel C:** Son los centros que tienen sala de guardia e internación en habitación de planta, y no disponen de la complejidad detallada para los centros A y B.

En el manejo y tratamiento de los Síndromes Coronarios Agudos, con y sin elevación del segmento ST, a cada una de las indicaciones o intervenciones terapéuticas propuestas se le asigna un **nivel de Recomendación** (Clase I, II, IIA, IIB y III) y **nivel de Evidencia** (A, B y C), universalmente aceptado.

El nivel de **Recomendación clase I** señala que el beneficio supera claramente al riesgo, indicando que el tratamiento, intervención o estrategia debería de implementarse. El nivel de **Recomendación clase II** indica que el beneficio supera al riesgo, se interpreta como IIA si es razonable implementar el tratamiento, intervención o estrategia, y IIB cuando en ocasiones pueden considerarse estas medidas. En el nivel de **Recomendación clase III** el tratamiento, intervención, o estrategia no deben administrarse o instrumentarse por ausencia de beneficio o daño.

En el nivel de **Evidencia A** los datos provienen de múltiples estudios clínicos aleatorizados o randomizados (ECR) de grandes dimensiones o meta-análisis, en el nivel de **Evidencia B** los datos derivan de un solo estudio clínico aleatorizado o de estudios clínicos no aleatorizados, y el nivel de **Evidencia C** lo aporta el consenso de opinión de expertos o referentes.

Los resultados del tratamiento del IMCEST mejoraron drásticamente a través del tiempo. La tasa de mortalidad a 30 días disminuyó desde 15-20% en la era pre-trombolítica a 8-10% con la utilización de trombolíticos no fibrinoespecíficos en 1990, posteriormente a 6-8% con el uso de agentes fibrinoespecíficos y por último a 4,5% con angioplastia primaria (ACTp).

Lea el texto completo de esta Guía en la versión electrónica de la Revista de la Federación Argentina de Cardiología en: www.fac.org.ar/revista