

Exclusivo Online

# GUÍAS para el manejo del IAM con elevación del ST complicado

[www.fac.org.ar/revista](http://www.fac.org.ar/revista)

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 17 de agosto de 2012  
Aceptado después de revisión el  
21 de septiembre de 2012

Publicado Online el 7 de diciembre de 2012

El autor declara no tener  
conflictos de interés

Versión Online: [www.fac.org.ar/revista](http://www.fac.org.ar/revista)

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

### Cordinación General

Ernesto Paolasso (*Instituto Cardiovascular de Rosario*)

### Coordinadores de la sección insuficiencia cardíaca

Guillermo Cursack (*Instituto Cardiovascular de Rosario*)  
Roberto Colque (*Clínica Privada Vélez Sarsfield de Córdoba*)

### Coordinadores de la sección complicaciones arrítmicas

Silvano Diangelo (*Instituto Cardiovascular de Rosario*)  
Luis Aguinaga (*Centro Privado de Cardiología de Tucumán*)  
Domingo Pozzer (*Instituto de Cardiología de Corrientes*)  
Ricardo A. Martellotto (*Hospital Italiano de Córdoba*)

### Coordinadores de la sección complicaciones mecánicas post IAM

Eduardo Conci (*Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba*)  
Fernando Graguerá (*Hospital Italiano de Córdoba*)  
Luis Keller (*Sanatorio Británico de Rosario*)

### Miembros del Grupo de Trabajo IAM con elevación del ST

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*)  
Hector 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

IAM complicado con insuficiencia cardíaca. Infarto con compromiso del ventrículo derecho. Shock cardiogénico. Complicaciones arrítmicas: supraventriculares, ventriculares y distintos grados de bloqueos. Complicaciones mecánicas post IAM: CIV, insuficiencia mitral, ruptura de pared libre del ventrículo izquierdo.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y particularmente el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) tuvo sin dudas importantes avances 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, con el fin primero de evitar las complicaciones del infarto de miocardio.

El tiempo para restaurar la reperfusión miocárdica, con la recanalización del vaso culpable, es un determinante clave en la sobrevida del IAM al reducir drásticamente la mortalidad del 15-20% en la era pre-trombolítica, al 8-10% con los trombolíticos no fibrinoespecíficos, posteriormente al 6-8% con el uso de agentes fibrinoespecíficos y por último al 4.5% con angioplastia primaria (ACTp). Estas intervenciones también redujeron de manera significativa la morbilidad acompañante del IAM y con ellas sus complicaciones arrítmicas y la tan temida presencia de falla cardíaca y las complicaciones mecánicas del infarto.

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.

### IAM COMPLICADO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardíaca (ICC) es aún hoy el predictor más importante de mortalidad luego del infarto agudo de miocardio (IAM). El ventrículo izquierdo (VI) se dilata con el incremento del volumen de fin de diástole (VFDVI), lo que aumenta el consumo miocárdico de oxígeno, que puede inducir isquemia y extensión del infarto. El fallo cardíaco puede manifestarse por disfunción sistólica aislada o asociada a disfunción diastólica, aunque también puede ser consecuencia de arritmias o de complicaciones mecánicas tales como la insuficiencia mitral (IM) o la comunicación interventricular (CIV).

La disfunción diastólica produce aumento de la presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo (PFDVI) y congestión pulmonar (CP), y la disfunción sistólica, disminución del gasto cardíaco (GC) y de la fracción de eyección (FE) con hipoperfusión periférica. El fallo cardíaco puede ser progresivo, e inicialmente se puede presentar con un incremento en la frecuencia cardíaca (FC) (taquicardia sinusal) para compensar la disminución del volumen sistólico (VS).

Las medidas generales de tratamiento incluyen monitoreo electrocardiográfico para el diagnóstico de arritmias, el control

de trastornos electrolíticos, la radiografía de tórax para evaluar signos de congestión pulmonar y el ecocardiograma Doppler para cuantificar el daño ventricular y descartar complicaciones mecánicas.

### Clasificaciones

La falla cardíaca post-IAM puede categorizar a los pacientes en diferentes grupos basados en parámetros clínicos o hemodinámicos, parámetros que configuran las clasificaciones de Killip-Kimball y la de Forrester. Otra modalidad de evaluación clínica es la combinación de fríos (hipoperfundidos) o calientes (normoperfundidos) y húmedos (congestivos) o secos.

### Clasificación de Killip-Kimball

(Killip Th, Kimball JT. Am J Cardiol 1967, 20 (4): 457-464)

Toma en cuenta variables clínicas fácilmente accesibles como la auscultación cardíaca y pulmonar, la tensión arterial y la diuresis para ubicar a los pacientes con IAM en cuatro grupos:

- Clase I: sin estertores pulmonares; sin tercer ruido.
- Clase II: estertores hasta la mitad o menos de los campos pulmonares y/o presencia de tercer ruido.
- Clase III: estertores en más de la mitad de los campos pulmonares (frecuentemente edema pulmonar).
- Clase IV: shock cardiogénico (SC).

### Clasificación de Forrester

(Forrester J, Diamond G, Swan H. Am J Cardiol 1977; 39 (2): 137-145).

Esta clasificación asigna a los pacientes a 4 categorías. Toma en cuenta datos hemodinámicos obtenidos a través de un catéter flotante en la arteria pulmonar (Swan-Ganz) estimando la presión capilar pulmonar (PCP) y el índice cardíaco (IC):

1. Sin congestión pulmonar con índice cardíaco (IC) adecuado: (PCP <18 mmHg / IC >2.2 l/min).
2. Congestión pulmonar con IC adecuado: (PCP >18 mmHg / IC >2.2 l/min).
3. IC bajo sin congestión pulmonar: (PCP <18 mmHg / IC <2.2 l/min).
4. Congestión pulmonar e IC bajo. (PCP >18 mmHg / IC <2.2 l/min).

Ambas clasificaciones son equivalentes, excepto en el punto III.

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](http://www.fac.org.ar/revista)