



SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

1 GENERALIDADES

La sospecha de I.A.M. TRANSMURAL debe ser contemplada en todos los pacientes con dolor anginoso o sus equivalentes (síncope o edema de pulmón) acompañada de cambios en el ST compatibles.

Todo paciente con SOSPECHA DE I.A.M. TRANSMURAL EN LOS PRIMEROS MOMENTOS DE EVOLUCION debe ser manejado como SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST ya que implica unas características fisiopatológicas comunes y una actitud terapéutica similar. Es decir:

- ❖ Una altísima prevalencia de obstrucción completa de la arteria responsable del infarto.
- ❖ La necesidad de realizar tratamiento de reperusión del territorio isquémico con agentes trombolíticos o con angioplastia directa lo antes posible. Incluso antes de conocer el valor de los marcadores de daño miocárdico y de la aparición de signos de necrosis miocárdica.
- ❖ La gran variabilidad evolutiva del proceso, si no se utilizan estos recursos, lo que casi siempre implica una alta mortalidad a corto, medio y largo plazo (que está también relacionada con la edad del paciente) y de secuelas graves, cualquiera que sea la edad.

Por el contrario, no será necesario recurrir a estas medidas terapéuticas en aquellos pacientes que hayan presentado una “reperusión espontánea” o una reperusión sostenida después de la administración de NTG, AAS o Heparina i.v. y que permanezcan asintomáticos con normalización de las alteraciones electrocardiográficas descritas, lo que conlleva un pronóstico más favorable.

2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INGRESO

A la llegada al Servicio de Urgencias se seguirá el protocolo de dolor torácico.

- ❖ ECG de 12 derivaciones en los primeros 10 minutos, junto con historia y exploración física dirigidas en ese tiempo.
- ❖ Ante la sospecha de IAM: acostar al paciente, monitorizarlo, poner O₂ y coger 2 vías venosas periféricas.

2.1 ECG

- ❖ Elevación del segmento ST en dos derivaciones concordantes del ECG o descenso de más de 1 mm en las derivaciones v2, v3 y v4, imagen en espejo que se corresponde, casi siempre, con una gran onda de lesión en los registros con electrodos intraesofágicos y, en ocasiones con elevaciones discretas del segmento ST en DIII o VF.
- ❖ En el caso de infartos inferiores con hipotensión se deberá realizar ECG con derivaciones precordiales derechas para descartar extensión a V derecho (elevación del ST en V3R y V4R).
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.



2.2 Analítica en urgencias

- ❖ Hemograma, coagulación y bioquímica básica con marcadores cardiacos (troponina T y CK).
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.3 Rx de tórax

- ❖ La realización de una Rx de tórax no deberá retrasar la terapia de reperfusión en urgencias. Si no hay sospecha de otra patología torácica, se podrá hacer Rx tórax portátil en UCC
- ❖ Indicaciones: basal en todos los pacientes con dolor anginoso, síncope o EAP.

2.4 Analítica en las primeras 24 horas de ingreso

- ❖ Solicitar BIOQUÍMICA COMPLETA para el día siguiente del ingreso, pedir PERFIL LIPIDICO, si no se dispone de niveles recientes. Deberá preferiblemente extraerse en ayunas y dentro de las primeras 24 horas del ingreso (los niveles de colesterol tras un SCA desciende rápidamente en los siguientes 1 a 3 días, no siendo válida su determinación).
- ❖ Indicaciones: todos los pacientes que ingresan por IAM.

3 LUGAR DE INGRESO

- ❖ En general el paciente con IAM ingresará en la UCC.
- ❖ Se valorará el ingreso en planta de Cardiología en los siguientes casos.
 - Pacientes con características basales que aconsejan tratamiento conservador (mala calidad de vida previa, presencia de patologías graves asociadas con mal pronóstico, etc...).
 - Pacientes con *IAM evolucionado (> 48 horas)* en ausencia de complicaciones (arritmias, inestabilidad hemodinámica,...) que lo contraindiquen
- ❖ El paciente ingresará en UVI en los siguientes casos:
 - Si cumpliendo criterios de ingreso en UCC no existen camas libres en ésta.
 - Los pacientes en los que ha sido necesario realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar y han sido *intubados*.

4 TRASLADO DESDE URGENCIAS

- ❖ Será realizado de la forma más rápida posible, con monitorización del ECG, acompañado por un médico del servicio de Urgencias, provisto de desfibrilador y demás material y medicación necesaria para reanimación cardiopulmonar.
- ❖ En algún caso, si el diagnóstico está claro desde la recogida del paciente por la UVI móvil, el SAMU podrá trasladar al paciente directamente a la UCC tras consultar con el Cardiólogo de guardia.

5 TERAPIA DE REPERFUSIÓN

La decisión de indicar una terapia de reperfusión no debe tomarse en base a la elevación de los enzimas cardiacos, sino en base a la elevación del ST. Por lo tanto, en los pacientes en urgencias con dolor sospechoso de IAM pero con ECG no concluyente, se deberá realizar ECGs seriados si continúa sintomático, poniendo especial atención a detectar elevaciones del ST.

En el caso de ECG basal alterado, puede ayudar la realización de otras pruebas



diagnosticas (ecocardiografía, cateterismo cardiaco).

- ❖ En las 3 primeras horas desde el inicio de los síntomas, y sobre todo en la primera hora (“hora de oro”), la efectividad del tto. fibrinolítico parece ser similar a la angioplastia primaria, a partir de las 3 horas en adelante el beneficio se ha demostrado superior con la angioplastia primaria.
- ❖ En el caso de que esté indicado el tratamiento de reperfusión la fibrinólisis deberá realizarse **en un máximo de 30 minutos** desde la llegada del paciente al hospital (“tiempo puerta-aguja”) o de 90 minutos si se realiza angioplastia primaria (“tiempo puerta-balón”).
- ❖ En nuestro hospital, la terapia de reperfusión deberá realizarse en la UCC, excepto en aquellos casos en los que no sea posible cumplir los tiempos óptimos (ausencia de camas libres en UCC, retardo en su preparación...), en cuyo caso se realizará en un Box de urgencias con monitorización y vigilancia especial.

5.1 Indicaciones de fibrinólisis

- ❖ Clínicas:
 - Paciente con dolor coronario de menos de **12 horas** de evolución, que dura más de 30 minutos y que **no cede** con nitroglicerina.
 - En pacientes que lleguen a partir de las 12 horas del inicio del cuadro, está indicado tto fibrinolítico si persiste el dolor y la elevación del segmento ST (especialmente si el IAM es extenso). El tratamiento fibrinolítico no está indicado a partir de las 24 horas.
- ❖ Electrocardiográficas:
 - Elevación del segmento ST en al menos 2 derivaciones:
 - ≥ 1 mm en derivaciones standard
 - ≥ 2 mm en derivaciones precordiales
 - En pacientes con **Bloqueo de Rama Izquierda del Haz de Hiss** está indicado el tto fibrinolítico si se cumplen los criterios clínicos (tener en cuenta que estos pacientes con IAM y BRI tienen generalmente peor pronóstico).
 - En pacientes con clínica y ECG compatibles con **infarto posterior verdadero** (descenso del ST > 1 mm en v2-v4) es razonable poner fibrinólisis.

5.2 Contraindicaciones de fibrinólisis

- ❖ Absolutas:
 - Ictus hemorrágico o de origen desconocido de cualquier antigüedad
 - Lesión vascular o neoplasia intracraneal
 - Ictus isquémico en los 3 meses previos, excepto en 3 horas previas
 - Traumatismo cerrado cefálico o facial significativo en los 3 últimos meses
 - Sospecha de disección de aorta
 - Hemorragia activa o diátesis hemorrágica (excluida menstruación)
 - Cirugía mayor en las 3 semanas previas



- ❖ Relativas (individualizar el caso teniendo en cuenta el tiempo de evolución del IAM así como la situación hemodinámica, extensión del IAM y edad del paciente) :
 - Ictus isquémico transitorio de más de 3 meses de antigüedad
 - Anticoagulantes orales
 - Embarazo y primera semana postparto
 - Punciones no comprensibles
 - Resucitación traumática o prolongada (> 10 min)
 - HTA refractaria (TAS > 180 mmHg)
 - Úlcus péptico activo
 - Para SK: utilización previa de SK (hace más de 5 días) o reacción alérgica a la misma
 - Sangrado gastrointestinal en el último mes

A considerar:

1. La edad, el hecho de que se haya realizado una cardioversión eléctrica, que el paciente esté intubado o en shock cardiogénico no contraindica la administración del fibrinolítico.
2. El riesgo de sangrado es mayor en ancianos (> 75 años), sexo femenino, peso reducido (< 70 kg) e hipertensión grave.

5.3 Pautas de fibrinolíticos

- ❖ Tecneplasa (TNK)
 - Dosis: Bolo de 0,5 mg/kg; bolo endovenoso único de 6000 a 10000 UI ó 30-50 mg según el peso, a pasar en 10 segundos (ver tabla de dosificación).
 - Uso preferente:
 - pacientes menores de 75 años
 - infartos de menos de 4 horas de duración
 - utilización del SK en el último año
 - infarto extenso
- ❖ Estreptoquinasa:
 - Premedicación: URBASON 60 mg IV debido a su potencial alergénico
 - Dosis:
 - TAS > 120 mmHg: 1,5 millones de UI iv a pasar en 1 hora (2 viales en 500 cc de SF a pasar a 666 mL/h durante 30 min + 333 mL/h durante otros 30 min)
 - TAS < 120 mmHg: comenzar la perfusión a 150 mL/h y aumentarla en 100 mL/h cada 10-15 min., aportando a la vez volumen
 - Control de TA y FC cada 10 min mientras dure la perfusión. Si aparece hipotensión arterial (generalmente entre 20 y 30 min): se detendrá la perfusión de SK, se pondrá en posición de Trendelenburg, se pasarán líquidos rápido para obtener una TA > 100 mmHg, momento en el que reiniciaremos la perfusión de SK.
 - Uso preferente:
 - pacientes mayores de 75 años
 - infartos con más de 6 horas de duración



5.4 Complicaciones de la fibrinólisis

- ❖ El principal riesgo de la fibrinólisis es la aparición de hemorragias
- ❖ Si aparece sangrado evidente tras la administración del fibrinolítico (en el curso de las primeras 6 horas):
 - Suspender perfusión en el caso de SK
 - Realizar control de hemoglobina cada 2 horas, si se constata descenso de Hb de 3 g/dl o existe compromiso hemodinámico se administrará concentrados de hematíes
 - Solicitar consulta urgente al hematólogo de guardia para valorar la perfusión de productos hemostáticos específicos.
- ❖ Ante cualquier cambio neurológico significativo en las horas posteriores a la administración de fibrinólisis, se deberá suspender la medicación anticoagulante (heparina...), y realizar un TAC craneal urgente para descartar ACV hemorrágico.

5.5 Indicaciones de angioplastia de rescate

Se presupondrá fallo de fibrinólisis y se consultará con la Sección de Hemodinámica para valorar angioplastia de rescate en los siguientes casos:

- ❖ Inestabilidad hemodinámica
- ❖ Dolor persistente y disminución de menos del 50% del ST previo a los **90 minutos**.

5.6 Indicaciones de angioplastia primaria

Se prefiere la realización angioplastia en vez de fibrinólisis en los siguientes casos:

- ❖ Contraindicaciones para fibrinólisis
- ❖ Pacientes menores de 75 años con IAM con elevación del ST y shock cardiogénico. En pacientes mayores de 75 años se individualizará la decisión. (En caso de no poder realizar angioplastia se podrá administrar fibrinolíticos en estos pacientes).
- ❖ Pacientes con fallo cardiaco severo y/o EAP (killip 3 ó 4) y comienzo de los síntomas en las primeras 12 horas.
- ❖ Paciente con medidas post-RCP e intubación oro-traqueal con ventilación artificial.

5.7 Indicaciones de cirugía de revascularización

Es un procedimiento de alto riesgo que debe ser considerado sólo en:

- ❖ Pacientes con isquemia refractaria o shock cardiogénico si la anatomía coronaria no es adecuada para angioplastia o ésta ha sido fallida
- ❖ Pacientes con complicaciones mecánicas

6 MEDIDAS GENERALES

- ❖ Ingreso en UCC/ UVI.
- ❖ Dieta absoluta, hasta estabilización del paciente. Posteriormente dieta de 1800 Kcal. blanda sin sal que tolere.



- ❖ Reposo en cama durante las primeras 12 horas, posteriormente levantar a sillón excepto si existe inestabilidad hemodinámica o arritmias.
- ❖ O₂ por gafas a 2-3 l/min. durante 6 horas, posteriormente suspender o mantener si lo precisa para obtener una saturación adecuada (Sat O₂ > 90 %).
- ❖ Ansiolíticos: Tranxillium 5-10 mg cada 12 horas.
En un paciente con dolor persistente a pesar del tto con opiáceos se puede tratar con ansiolíticos IV a su llegada a UCC, con Tranxillium 10 mgIV que se puede repetir cada 10-15 min en caso necesario.
- ❖ Laxantes.

6.1 Duración de la estancia en UCC

- ❖ Los pacientes con IAM con elevación del ST sin complicaciones permanecerá 48 horas en la UCC.
- ❖ Se individualizará la decisión en los pacientes con complicaciones.

7 TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO Y ANTICOAGULANTE ASOCIADO

7.1 Antitrombótico

- ❖ AAS: a todos los pacientes salvo contraindicación o intolerancia se administrará una dosis de 250 mg-300 mg v.o de absorción rápida, seguido de 100 mg/24hrs v.o indefinidamente.
- ❖ Clopidogrel: en el caso de contraindicación o intolerancia a la AAS se administrará clopidogrel 300 mg en dosis única seguido de 75 mg: 1 comp cada 24 horas) y en pacientes < 75 años que reciban fibrinólisis, además de AAS se debe administrar una dosis de carga de 300 mg de clopidogrel seguido de 75 mg al día durante 1 mes.

7.2 Anticoagulante: heparina

- ❖ Si se utilizó TNK: se pautará heparina IV durante 48 horas. Bolo de 60 U/kg (máximo 5000 U) y continuar con perfusión a 12 U/kg/hr (inicialmente a 10 mL/h) para mantener un TTPa de 50 a 70 seg. Realizar control de coagulación a las 6 horas de iniciar la perfusión y ante cualquier cambio del ritmo de perfusión. Si no se cambia el ritmo de perfusión realizar un control cada 24 horas. Se debe realizar control cada 48 horas de hemograma para detectar trombopenia por heparina (complicación rara).
- ❖ En el caso de estreptokinasa iniciar perfusión de heparina IV a partir de las 6-12 horas siguientes a la perfusión. Posteriormente enoxaparina 1mg/kg cada 12 horas SC hasta completar 7 días.

El tratamiento con heparina se suspenderá tras la realización de angioplastia.

8 OTRAS MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

8.1 Nitratos

- ❖ Si el paciente no ha recibido nitroglicerina y no presenta hipotensión, deberá darse 1 CFN sublingual, repitiéndola cada 5 minutos si persiste el dolor (3 dosis en total).



- ❖ Si el dolor no cede deberá iniciarse una perfusión de NTG iv según protocolo a 6 ml/h, ajustándola según TA y clínica. Interrumpir la perfusión si se produce hipotensión (TAS < 90 mmHg). Se puede tratar con ATROPINA IV.
- ❖ Están contraindicados si existe un IAM inferior con sospecha de extensión a VD o hipotensión marcada (TAS < 90 mmHg), sobre todo si está acompañada de bradicardia.
- ❖ Se valorará la retirada de la perfusión a las 24-48 horas (desarrollo de tolerancia).

8.2 Analgesia

El tratamiento del dolor en la fase aguda del infarto de miocardio es prioritario y urgente.

El control se consigue generalmente con una combinación de nitratos, analgésicos opiáceos, oxígeno y betabloqueantes.

- ❖ Si el dolor persiste tras la perfusión de nitratos, trataremos el dolor con opiáceos. Es de elección el CLORURO MORFICO (2 a 4 mg IV con incrementos de 2 a 8 mg repetidos en intervalos de 5 a 15 min).
- ❖ En caso de resistencia del dolor al cloruro mórfico, se puede utilizar el FENTANEST, con mayor potencia analgésica, pero con mayor depresión del centro respiratorio.
- ❖ En caso de dosis máxima de opiáceos o con efectos secundarios, se puede administrar NOLOTIL 1 amp IV en 100 SF a pasar en 20 min. También se puede utilizar ADOLONTA 1 amp IV en 100SF.
- ❖ En infartos inferiores o en casos con hipotensión y bradicardia se puede utilizar la ATROPINA 0.5 a 1.5 mg en conjunción con el cloruro mórfico. O bien se puede utilizar MEPERIDINA 50 mg.(DOLANTINA), que produce menos bradicardia.
- ❖ Si aparecen náuseas se puede administrar METOCLOPRAMIDA (PRIMPERAN).
- ❖ Ante bradicardia e hipotensión tras dosis de opiáceos se pone al paciente en posición de Trendelenburg (excepto si EAP) y se trata con ATROPINA. En caso de depresión respiratoria se puede tratar con NALOXONA 0.1 a 0.2 mg inicialmente, repitiéndolos a los 15 min si precisa.

8.3 Betabloqueantes

- ❖ Se deberán iniciar en las primeras horas del infarto a todos los pacientes, preferiblemente vía oral y según frecuencia cardiaca: ATENOLOL 25 a 50 mg, continuando con 25-50 mg cada 12 horas
- ❖ Si el paciente tiene taquicardia, HTA o persistencia del dolor a pesar de analgésicos se puede iniciar tto. betabloqueante con ATENOLOL IV (amp de 5 mg, inyectar 1-2.5 mg y repetir según respuesta a los 5 min.).

Valorar contraindicaciones: bloqueo AV de cualquier grado, TAS < 100, FC < 50, asma bronquial o EPOC severa, bloqueo bifascicular (BRD+HBAI). Estas contraindicaciones se *reconsiderarán* una vez transcurrida la fase aguda del infarto. Incluso en estos casos si el clínico decide utilizar betabloqueantes, puede realizar un ensayo con ESMOLOL IV de vida media corta.



8.4 Antagonistas del calcio

- ❖ Indicados si existe contraindicación para betabloqueantes. Se podrá dar diltiazem o verapamil en ausencia de contraindicaciones (fallo cardiaco clínico, disfunción sistólica VI o bradicardia).
- ❖ Se pueden dar para control de dolor persistente o control de la frecuencia cardiaca en fibrilación auricular si existen contraindicaciones para betabloqueantes
- ❖ Se deben evitar en pacientes con Killip ≥ 2 .
- ❖ Pueden estar indicados en personas jóvenes con IAM no-Q y sin episodios de fallo cardiaco.

8.5 IECAs-ARAI

- ❖ Se debe administrar un IECA oral en las primeras 24 horas del IAM en pacientes sin hipotensión y con IAM anterior, fallo cardiaco o FE $\leq 40\%$.
- ❖ Iniciar Captopril $\frac{1}{4}$ ó $\frac{1}{2}$ compr cada 8 horas, y si la TAS se mantiene superior a 100 mmHg se intentará alcanzar la dosis de 50 mg/8h. Posteriormente pasar a IECAs de vida media más larga (una dosis diaria).
- ❖ Los ARA II están indicados en pacientes intolerantes a IECAs y con signos clínicos o radiológicos de fallo cardiaco o FE $< 40\%$.
- ❖ Se deberá realizar periódicamente control de niveles de potasio en sangre.

8.6 Eplerenona

- ❖ Pacientes tratados con dosis terapéuticas de un IECA y que tienen
 - FEVI $\leq 0,40$ y síntomas de insuficiencia cardiaca o diabetes y
 - Creatinina $\leq 2,5$ mg/dl en varones ó ≤ 2 mg/dl (mujeres) y
 - K sérico ≤ 5 mmol/L
- ❖ Comenzar entre el 3er y 7º día postIAM a dosis de 25 mg/día, intentando alcanzar al mes 50 mg/día
- ❖ Se deberá realizar control de niveles de potasio en sangre antes de iniciar el tratamiento y antes del alta

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL IAM

1 COMPLICACIONES HEMODINÁMICAS

Ante un EAP o shock cardiogénico se realizarán simultáneamente los tratamientos oportunos y se considerará: catéter en arteria pulmonar (Swann-Ganz, si PCP < 18 mmHg valorar hipovolemia), ecocardiografía, cateterismo para valorar revascularización $\pm$ implantación de BCPAo

1.1 Edema agudo de pulmón

- ❖ Cabecera de la cama levantada y piernas colgando
- ❖ Furosemida IV
- ❖ Cloruro mórfico IV
- ❖ Oxígeno e intubación si lo requiere
- ❖ Nitroglicerina IV si la TAS > 100 mmHg



- ❖ Si hay hipotensión considerar la contrapulsación aórtica, y en caso de tener que utilizar inotrópicos es de elección la DOBUTAMINA (dosis inicial 2.5µg/kg/min), puesto que la DOPAMINA está relativamente contraindicada y sólo debe ser utilizada como último recurso.

Posteriormente y si TAS >100 mmHg: CAPTOPRIL oral inicialmente ¼ o ½ cada 8h

1.2 Shock cardiogénico

Definido por hipotensión pronunciada (TAS <80 mmHg), persistente (>30 min) con reducción del índice cardiaco (<1.8 litros/min/m²) en presencia de una presión de llenado elevada (PCP > 18 mmHg)

- ❖ Si TAS entre 70 y 80 mmHg sin otros datos de shock: DOBUTAMINA iv
- ❖ Si TAS entre 70 y 80 mmHg con datos de shock: añadir DOPAMINA IV (dosis inicial 3µg/kg/min, a partir de 5µg/kg/min vasoconstricción)
- ❖ Si TAS < 70 mmHg a pesar de dopa, dobuta y BCIAo: NORADRENALINA IV

1.3 Infarto de ventrículo derecho

- ❖ Sospecharlo ante todo IAM inferior con inestabilidad hemodinámica (hacer ECG con precordiales derechas, ecocardiografía).
- ❖ Contraindicados los vasodilatadores (NTG, IECAs)
- ❖ Aporte abundante de volumen inicialmente y posteriormente agentes inotrópicos.

2 COMPLICACIONES ELÉCTRICAS

2.1 Bradicardias

- ❖ Bradicardia sinusal, bloqueo AV de 1^{er} grado, bloqueo AV de 2º grado tipo Wenckebach
 - Sólo tratar si son sintomáticos (signos de bajo gasto, extrasistolia o taquicardia ventricular). Poner ATROPINA IV (0,5 mg que se pueden repetir cada 2-3 min hasta un máx de 2 mg), sino responde se puede poner MP transcutáneo e implantar un MP provisional transvenoso.
 - Sólo utilizar el ISOPROTERENOL si no responde a la atropina o al MP transcutáneo mientras se coloca el MP provisional.
- ❖ Bloqueo AV de 2º grado Mobitz II y 3^{er} grado: indicación de MP
 - Si se debe implantar un MP en un IAM complicado con bradicardia antes o poco después de la fibrinólisis está contraindicado utilizar un acceso por vaso no compresible (subclavia) y se debe colocar un MP transcutáneo (con analgesia) en espera de colocación de MP provisional por vía femoral con escopia en la Sala de Hemodinámica.
 - Poner analgésico si se coloca un MP transcutáneo: ADOLONTA 2 ampollas en 500 s. glucosado 5% a 21mL/h, ajustando velocidad según respuesta del paciente.

2.2 Indicaciones de marcapasos provisional

- ❖ IAM inferior
 - Sólo indicado si presenta hipotensión o bajo gasto o si mantiene una



frecuencia < 35 lpm por bloqueo AV completo mantenido (> 1 hora).

- Una vez implantado mantener un mínimo de 48 horas tras la reversión de la bradicardia.

❖ IAM anterior

- Indicado en bloqueo AV completo y si bloqueo de rama derecha con hemibloqueo anterior o posterior izquierdos de reciente aparición, o si alterna con bloqueo de rama izquierda. Si son candidatos a fibrinolisis se individualizará la decisión implantando MP si tiene además bloqueo 1er grado ó mala función de VI.
- Si el bloqueo se mantiene durante 2 semanas se indica MP definitivo.

❖ Taquicardias ventriculares

- Si se mantiene y son refractarias al tratamiento antiarrítmico, se colocará MP provisional para intentar cesarlas con sobrestimulación ventricular.

2.3 Taquicardias

Ver capítulo de arritmias

3 COMPLICACIONES MECÁNICAS

Ante un paciente con IAM con deterioro hemodinámico y si presenta aparición de un soplo a la auscultación no presente previamente, se debe realizar una *ecocardiografía* urgente para descartar complicación mecánica (insuficiencia mitral por rotura de músculos papilares, comunicación interventricular, perforación cardiaca, etc).

Una vez diagnosticado y tras *medidas de soporte hemodinámico* y tto con vasodilatadores (NTG, IECAs, nitroprusiato), se realizará un cateterismo cardiaco izquierdo con implantación de BCPAo y se avisará a Cirugía Cardiaca para valoración de cirugía urgente, excepto que la insuficiencia mitral sea debida a disfunción isquémica sin rotura. Por lo tanto se hará siempre cateterismo en toda complicación mecánica, a excepción de los casos que requieran cirugía emergente.

3.1 Insuficiencia mitral aguda

- ❖ Aparición de EAP, hipotensión y soplo típico a la auscultación.
- ❖ Tratar con O₂, furosemda, cloruro mórfico, *nitroprusiato sódico* y si hay signos de bajo gasto: inotropicos e implantación de BCPAo.
- ❖ Hacer ecocardiografía para descartar ROTURA DE MÚSCULO PAPILAR (que precisa cirugía urgente) o por DISFUNCION ISQUEMICA TRANSITORIA de dichos músculos que puede mejorar espontáneamente o tras revascularización percutánea o quirúrgica, antes de considerar la cirugía mitral.

4 OTRAS COMPLICACIONES

4.1 Isquemia recurrente-reinfarto

- ❖ Ante un paciente con dolor torácico tipo anginoso en reposo tras un IAM realizar un ECG de 12 derivaciones. (Si han pasado más de 48 horas tras el IAM nos puede valer la elevación de la CK-MB como dx. de reinfarto).
- ❖ En este paciente se debe maximizar el tto médico: controlar síntomas con NTG



IV y con betabloqueantes IV para obtener una FC de 60 lpm., anticoagular si no lo estaba, tratar causas secundarias de isquemia (anemia, fiebre...).

- ❖ Si está inestable, tiene mala función VI o un área en riesgo muy extensa valorar implantación de un BCPAo.
- ❖ Si el paciente tiene re-elevación del ST: realizar cateterismo urgente para revascularización percutánea o quirúrgica. Si no es candidato para revascularización o no se puede realizar cateterismo en el tiempo ideal de 60 minutos, poner nuevamente fibrinolisis.
- ❖ Si no tiene elevación del ST: en estos pacientes maximizar el tto médico como indicado, si se controla se puede realizar un cateterismo no urgente y si los síntomas no se controlan con tto médico se realizará un cateterismo urgente ± BCPAo.

4.2 Pericarditis

- ❖ En el paciente con dolor recurrente siempre hay que descartar si es una pericarditis. La diferencia fundamental con la isquemia recurrente es que la pericarditis cursa con roce a la auscultación y no responde a la NTG. Un hallazgo casi patognomónico es la irradiación del dolor a uno de los bordes del trapecio (no se suele ver en el dolor isquémico).
- ❖ Hacer ecocardiografía para descartar derrame pericárdico. Interrumpir el tratamiento anticoagulante si el derrame pericárdico es > 1 cm.
- ❖ Se trata con reposo mientras dure el dolor y dosis de AAS más altas que el tto habitual (650 mg orales cada 4 a 6 hrs). Evitar AINEs y corticoides que interfieren en el proceso de cicatrización.
- ❖ Diferir prueba de esfuerzo.
- ❖ El SD DE DRESSLER, de aparición más tardía, cursa con malestar general, fiebre, dolor tipo pericárdico, leucocitosis y elevación de la VSG. El tto es también con AAS (650 mg hasta cada 4 horas), evitando también los AINEs y los corticoides dentro de las 4 semanas posteriores al IAM.

MANEJO EN PLANTA DEL IAM

1 DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN PLANTA

Los pacientes con IAM con elevación del ST con bajo riesgo o con revascularización precoz y exitosa pueden ser dados de alta a los 5 a 6 días. Se intentará identificar a estos pacientes:

- pacientes tratados con ACTP con FE>50%, sin persistencia de elevación o depresión del ST, sin enfermedad multivazo y que hayan evolucionado sin problemas.
- Pacientes con IAM no complicado, sin cateterismo, con FE>50% y test de esfuerzo submáximo negativo.



2 ESTUDIOS A REALIZAR EN EL PACIENTE CON IAM ANTES DEL ALTA

2.1 Ecocardiograma transtorácico

- ❖ Se realizará previo al alta hospitalaria a todo paciente para valorar la función ventricular.
- ❖ Si aparecen signos de mala evolución se realizará con carácter urgente.

2.2 Prueba de esfuerzo

- ❖ Se realizará en todos los pacientes sin revascularización percutánea, o aquellos con revascularización parcial, bajo medicación, con el fin de completar la estratificación del riesgo. En aquellos pacientes con test de ejercicio positivo de alto riesgo se deberá realizar cateterismo cardiaco para valorar revascularización.
- ❖ El test de ejercicio se puede realizar a partir del 5º día en los pacientes con infarto no complicado. Individualizar en caso de complicaciones.

2.3 Ecografía-dobutamina o gammagrafía de perfusión

- ❖ En aquellos pacientes en los que no se puede realizar el test de ejercicio convencional:
 - No puede realizar ejercicio suficiente.
 - Alteraciones basales del ECG que impiden su interpretación: BRI, WPW, digital, HIV muy marcada.
- ❖ Necesidad de localizar el vaso responsable de la isquemia espontánea o inducida por la ergometría convencional.

2.4 Estudio electrofisiológico

- ❖ Ver capítulo de arritmias

3 MEDIDAS TERAPÉUTICAS TRAS IAM

3.1 Antiagregación

- ❖ ASPIRINA 100 mg de forma indefinida. Si hay contraindicación se dará CLOPIDOGREL 75 mg al día. Si se ha realizado implantación de stent, se añadirá al AAS el CLOPIDOGREL 75 mg/d durante 9-12 meses.

3.2 Betabloqueantes

- ❖ De forma indefinida. Si existe contraindicación y tienen buena función VI se pueden utilizar CALCIOANTAGONISTAS

3.3 Estatinas

- ❖ Tratamiento dietético obligado. Iniciar tto. farmacológico si LDL > 130 mg/dL ó en pacientes con diabetes si LDL > 100 mg/dL.

En dislipemias severas valorar remitir a Policlinicas de Nutrición.



3.4 IECAs / ARA II

- ❖ Indicados en pacientes diabéticos, hipertensos, con fallo cardiaco o con disfunción de VI (FE<40%) asintomático.
- ❖ Usar con precaución si existe insuficiencia renal y están contraindicados en hipotensión

3.5 Eplerenona

- ❖ En pacientes con fallo cardiaco y/o disfunción de VI con FE< 40%, si el potasio es inferior a 5.0 mmol/L y la creatinina inferior a 2 mg/dL

3.6 Anticoagulación oral

- ❖ Se debe anticoagular a los pacientes con *AcxFA, infarto anterior extenso, trombo VI o una disquinesia anterior extensa.*
- ❖ SINTROM para un INR de 2-3 durante 3 a 6 meses.