

SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST no complicado

Dra. María Fernanda Pérez

y Grupo Guías FIAI

(Dres. Sahira Jimenez, Juan Muntaner, Elisa Mercedes González, Ignacio Retamal, Raúl Velázquez, Remberto Torres Molina, Hernán Vela Jara. Mario Heñín)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria (EC) es la causa individual más frecuente de muerte en el mundo. Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica.

La mortalidad del Infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) depende de numerosos factores, entre ellos: la edad, diabetes, insuficiencia renal, infarto previo, Killip y Kimball al ingreso, severidad de enfermedad coronaria y función ventricular.

La mortalidad hospitalaria varía del 6% al 14% con una caída sustancial de la misma como consecuencia de la implementación sistemática de estrategias de reperfusión, terapia antitrombotica y prevención secundaria. A pesar de esto, la mortalidad continua siendo elevada, con aproximadamente un 12% de mortalidad en 6 meses.

Numerosos estudios han demostrado la importante reducción en la mortalidad que representa la mejora de factores modificables como la demora en el inicio del tratamiento y la selección de la estrategia de reperfusión.

VALORACIÓN DEL PACIENTE EN GUARDIA EXTERNA

Ante la presencia de un paciente con dolor precordial en la guardia, el médico a cargo debe, previo interrogatorio, signos vitales y examen físico, realizar ECG en el momento e informar al servicio de Cardiología.

En caso de detectar SST en cara inferior, deberá realizarse derivaciones derechas (V3R V4R) y dorsales (V7, V8, V9).

El tiempo máximo de espera entre la llegada del paciente al servicio de Guardia y la realización del primer ECG no debe superar los 10 minutos.

DIAGNÓSTICO DE SCA SST

Se considera candidato a ingresar al algoritmo de tratamiento del SCA SST a todo paciente que refiera dolor precordial típico asociado a una de las siguientes alteraciones en el ECG:

- SST en 2 derivaciones contiguas $\geq 0,25$ mV en varones $<$ de 40 años. $\geq 0,2$ mV varones $>$ 40 años. O $\geq 0,15$ mV en mujeres en derivaciones V2-V3 o $\geq 0,1$ mV en otras derivaciones. (ausencia de HVI o bloqueo de rama).
- Bloqueo completo de rama Izquierda (BCRI) nuevo o de evolución incierta

MANEJO INICIAL EN GUARDIA EXTERNA.

Como primera medida se debe monitorizar al paciente, realizar examen físico constatando Killip Kimball (KK) de ingreso.

CENTROS TIPO A:

Ante el diagnóstico de un SCA SST y al ser un centro con capacidad de realizar ATC primaria se debe alertar al servicio de Hemodinamia en forma inmediata.

De ser posible administrar en ese momento tratamiento farmacológico inicial, mientras se solicita el traslado inmediato a unidad coronaria (UCO), que incluye:

- **AAS** (Aspirina) 150-325 mg oral (Clase I A)
- **NTG** iv: 25 mg en 250 ml Dx5% regular según TA.
- **Opiáceos:** morfina iv 2-4 mg (Clase I C)
- **O₂** 2-4L/min en ptes con disnea o signos de IC (Clase IC)
- **BB:** (Beta bloqueantes) en las 24 hs (oral, I B) en pacientes sin CI (IC-Bajo gasto). (EV) Clase IIa B en HTA
- Evaluar antiagregación con clopidogrel / ticagrelor / prasugrel según terapia de reperfusión.

De no recibir este tratamiento inicial en guardia, se deberá suministrar al ingresar a UCO.

En caso de no contar con camas disponibles en UCO, el paciente debe ser ingresado a la sala de shock room (SRS) para monitoreo previo a terapia de reperfusión.

El paciente debe ser trasladado con monitoreo por cardiodesfibrilador en todo momento hasta llegar a UCO o SRS.

PREPARACIÓN PARA RECEPCION DE PACIENTE CURSANDO SCA SST

En tarea conjunta con servicio de enfermería, la UCO debe estar preparada para receptionar un paciente cursando un IAM. La unidad-cama del paciente debe contener:

- Monitor
- Cardiodesfibrilador / Carro de paro
- Set de Intubación orotraqueal (IOT) con laringoscopio funcionante.
- Set de acceso central y Medicación varias.
- Respirador disponible.
- Electrocardiógrafo.

ELECCION DE TRATAMIENTO

Se debe definir prontamente cuales son los pacientes que se beneficiarán de un tratamiento de reperfusión inmediato, y quienes de sólo de tratamiento médico.

Todos los pacientes que cumplan con alguno de estos criterios son pasibles de

tratamiento de reperfusión:

- SST/BCRI de < 12 hs de dolor.
- SST/BCRI entre 12-24hs de evolución + signos/síntomas de isquemia.
- SST/BCRI KKD con cualquier ventana.

Quienes no cumplan con estos criterios no son candidatos a recibir un tratamiento de reperfusión. Solo recibirán tratamiento médico consistente en

- AAS 100 mg/dia
- Clopidogrel (IB) sin carga 75 mg/d
- Enoxaparina (IA): < 75 años y creatinina ≤ 2,5 bolo iv 30 mg, dosis sc 1 mg/kg c/12. En > 75 años: 0,75 mg/kg c/ 12 hs. Si el clearance de creatinina (Cl de Cr)< 30, la dosis sc/ 24 h. Durante 7 días o hasta el alta
- Heparina no fraccionada (HNF) (IC): Bolo iv 60 U/kg máximo 4.000 U seguido de infusión iv de 12 U/kg máximo de 1.000 U/h x 24-48 h. Objetivo TTPA 50-70 s

TRATAMIENTO DE REPERFUSION

Siempre que sea posible se prefiere realizar Angioplastia primaria (ATC 1°) que infundir trombolíticos.

El objetivo es un tiempo de Puerta-Balon (PB) menor de 60 minutos. De ser posible el paciente deberá entrar directamente a sala de Hemodinamia en caso de estar disponible.

En el caso de no ser posible la realización de ATC 1°, ya sea por:

- Sala de Hemodinamia ocupada.
- Sala en reparación.
- Ausencia de hemodinamista
- Falta de Insumos.
- Corte de luz de origen incierto

El paciente debe ser derivado a otro centro capaz de realizar ATC 1° dentro de los 120 minutos desde el primer contacto médico (PCM). En caso de no poder cumplir con estos tiempos, se debe optar por tratamiento fibrinolítico.

ATC PRIMARIA

Los pacientes candidatos a ATC primaria, previo a su ingreso a sala de Hemodinamia deben realizarse:

- ECG de ingreso
- Acceso venoso periférico, de preferencia en miembro superior izquierdo
- Explicación y firma de consentimiento informado.

De no haber recibido en guardia externa, completar o iniciar carga de antiagregantes:

- Clopidogrel 600 mg (o completar dosis hasta dosis máxima de 600 mg)
- Prasugrel 60 mg
- Ticagrelor 180 mg

La anticoagulación se iniciara durante el procedimiento por el hemodinamista.

CENTROS TIPO B:

Los centros tipo B por definición, no tienen capacidad de realizar ATC primaria.

Ante diagnóstico de SCA SST deben administrar fibrinolíticos con un tiempo objetivo Puerta-aguja menor a 30 minutos.

Previamente a la administración considerar:

- Doble acceso venoso del mayor calibre posible para administración de volumen.
- Monitoreo constante
- Considerar premedicación (carga de corticoides y antihistamínicos)

FIBRINOLÍCOS

Se puede administrar:

- **Estreptoquinasa (STK) 1.500.000 UI** 30-60 min Se deben administrar 1.500.000UI diluidas en 100 ml SF entre 30 a 60 minutos a la máxima velocidad de infusión tolerada por el paciente, asociado preferentemente a fondaparinux, pero al no contar con esta droga, puede utilizarse:
 - Enoxaparina: 0.4 ml EV iniciales, completando dosis ajustada a peso por vía sc. o en su defecto:
 - Infusión continua de Heparina sódica. Dosis ajustada según KPTT.
- **Activador tisular del plasminógeno (tPA)** bolo 15 mg, 0,75 mg/kg en 30 min (hasta 50 mg) y luego 0.5 mg/kg en 60 min (hasta 35 mg) + HNF.

Previamente a la administración de trombolíticos se debe interrogar al paciente para descartar contraindicaciones de su uso. Entre ellas se encuentran:

- ABSOLUTAS:
 - - HSA (Hemorragia subaracnoidea) o ACV (accidente cerebro vascular) de etiología desconocida.
 - - ACV Isquémico en los 6 meses previos
 - - Trauma SNC (Sistema Nervioso Central), neoplasia, Malformación arteriovenoso.
 - - Trauma/cirugía/lesión SNC importante en los últimos 3 meses
 - - Sangrado digestivo en el último mes.
 - - Trastorno hemorrágico.
 - - Disección aórtica
 - - Punción no compresible en las últimas 24 hs.

- RELATIVAS:

- - AIT (Accidente Isquémico transitorio) en los 6 meses previos
- - Tratamiento anticoagulante
- - Gestación /1° semana posparto
- - HTA refractaria (TAS> 180 o TAD > 110 mmHg)
- - Enfermedad hepática avanzada
- - Endocarditis infecciosa
- - Ulcera péptica activa
- - RCP (reanimación cardiopulmonar) prolongada o traumática

CRITERIOS DE REPERFUSION

Se considerará criterio de reperfusión positivo si a las 2 horas del inicio de la infusión están presentes:

- Desaparición del dolor/ disminución > 50%
- Disminución > 50% SST.
- Incremento significativo CPK (mayor al doble del valor basal de ingreso en caso de conocer el valor).

En caso de cumplirse estos criterios, se lo considera como una reperfusión exitosa. Entre las 3 a 24 hs post evento debe realizarse una Cinecoronariografía (CCG) con eventual ATC: Estrategia fármacoinvasiva.

En caso de no cumplirse los criterios antes mencionados, se considera que la oclusión coronaria persiste. El paciente debe ingresar inmediatamente a la sala de hemodinamia. En caso de no estar disponible debe ser derivado con urgencia a un centro capacitado para realizar ATC de rescate.

CENTROS TIPO C

Los centros tipo C por definición, no tienen capacidad de realizar ninguna terapia de reperfusión. Debe limitarse al tratamiento médico y de sostén.

- **Monitoreo**
- **AAS** 100 mg/dia
- **Clopidogrel** (IB) sin carga 75 mg/d
- **Enoxaparina** (IA): < 75 años y creatinina ≤ 2,5 bolo iv 30 mg, dosis sc 1 mg/kg c/12. En > 75 años: 0,75 mg/kg c/ 12 hs. Si CI de Cr< 30, la dosis sc/ 24 h. Durante 7 días o hasta el alta
- **HNF** (IC): Bolo iv 60 U/kg máximo 4.000 U seguido de infusión iv de 12 U/kg máximo de 1.000 U/h x 24-48 h. Objetivo TTPA 50-70 s
- **NTG** iv: 25 mg en 250 ml Dx5% regular según TA.
- **Opiáceos**: morfina iv 2-4 mg (Clase I C)
- **O₂** 2-4L/min en ptes con disnea o signos de IC (Clase IC)
- **BB**: en las 24 hs (oral, I B) en pacientes sin CI (IC-Bajo gasto). (EV) Clase IIa B) en HTA

En caso de taquiarritmia con descompensación hemodinámica realizar Cardioversión eléctrica en modo sincrónico.

En caso de taquiarritmia sin descompensación hemodinámica considerar cardioversión farmacológica con amiodarona:

- Administras dosis de carga: 5-10 mg/Kg (considerar ampollas de 150 mg) en 100 ml de dx 5% o SF a administrar entre 30 a 60 minutos.
- Continuar con dosis de Mantenimiento: 10-15 mg/Kg diluidos en 500 ml a administrar en 24 hs por bomba de infusión continua (BIC) a 21ml/hr.

Derivar a centro de mayor complejidad en cuanto sea posible