

IV Simposio de Medicina Cardiovascular Centenario 2018

Enfoque inicial del paciente con dolor
torácico sospechoso de IAM

*¿Aplicamos adecuadamente los
algoritmos que nos sugieren las guías?*

Dr. Guillermo Migliaro

Servicio de Hemodinamia

Hospital Alemán y Hospital Británico de Buenos Aires

guillermomigliaro@gmail.com

Enfoque inicial del paciente con
dolor torácico sospechoso de IAM

Introducción

- ✓ Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo.
- ✓ Si bien no se conoce el número de IAM que se produce por año en Argentina se estima una incidencia de 10,5/10.000 habitantes.
- ✓ La mortalidad es de alrededor de 10%

¿Qué hacer?

SCA



↑ del ST



Reperusión



Dolor toracico
persistente > 20
minutos de
duración,

> de 1 mm en
derivaciones
estándar o > de 2
mm en precordiales
o BRI nuevo

Estrategia
farmacológica

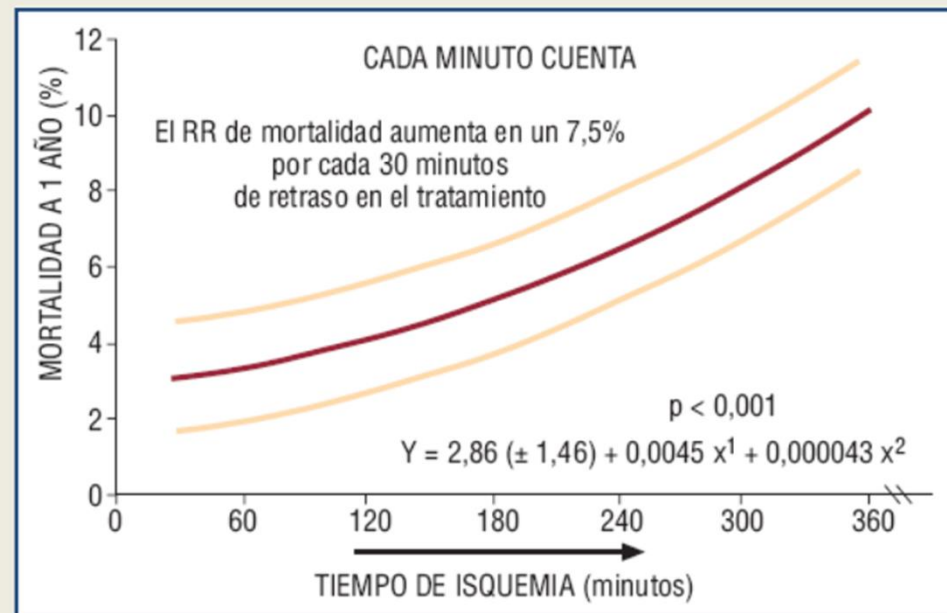
Estrategia invasiva

Introducción

- ✓ El tratamiento de reperfusión ha demostrado reducir la mortalidad en el infarto.
- ✓ La magnitud del beneficio de la reperfusión se relaciona de manera inversa con el tiempo que transcurre entre el comienzo del infarto y el inicio del tratamiento.

Tiempo a la reperfusión

Aspectos técnicos: tiempo es músculo



Adaptado de: De Luca G. Circulation. 2004;109:1223-5.

¿En quienes y cuando?

- ✓ La terapia de reperfusión esta indicada en todos los pacientes con síntomas < 12 hs de evolución y supradesnivel persistente del ST.

Clase IA

- ✓ La terapia de reperfusión esta indicada cuando hay evidencia de isquemia en curso, incluso cuando los síntomas se hayan iniciado > 12 horas. Clase IC

Estrategia invasiva

✓ Se debe considerar el tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en pacientes que desarrollan shock cardiogénico o insuficiencia cardíaca severa independientemente del tiempo de evolución de los síntomas. Clase 1C

✓ Se puede considerar el tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en pacientes estables que se presentan de 12-48 hs después del inicio de los síntomas. Clase IIa B

Estrategia invasiva

- ✓ No está recomendado realizar angioplastia de rutina en una arteria totalmente ocluida > 48 hs después del inicio de los síntomas en pacientes estables sin signos de isquemia.

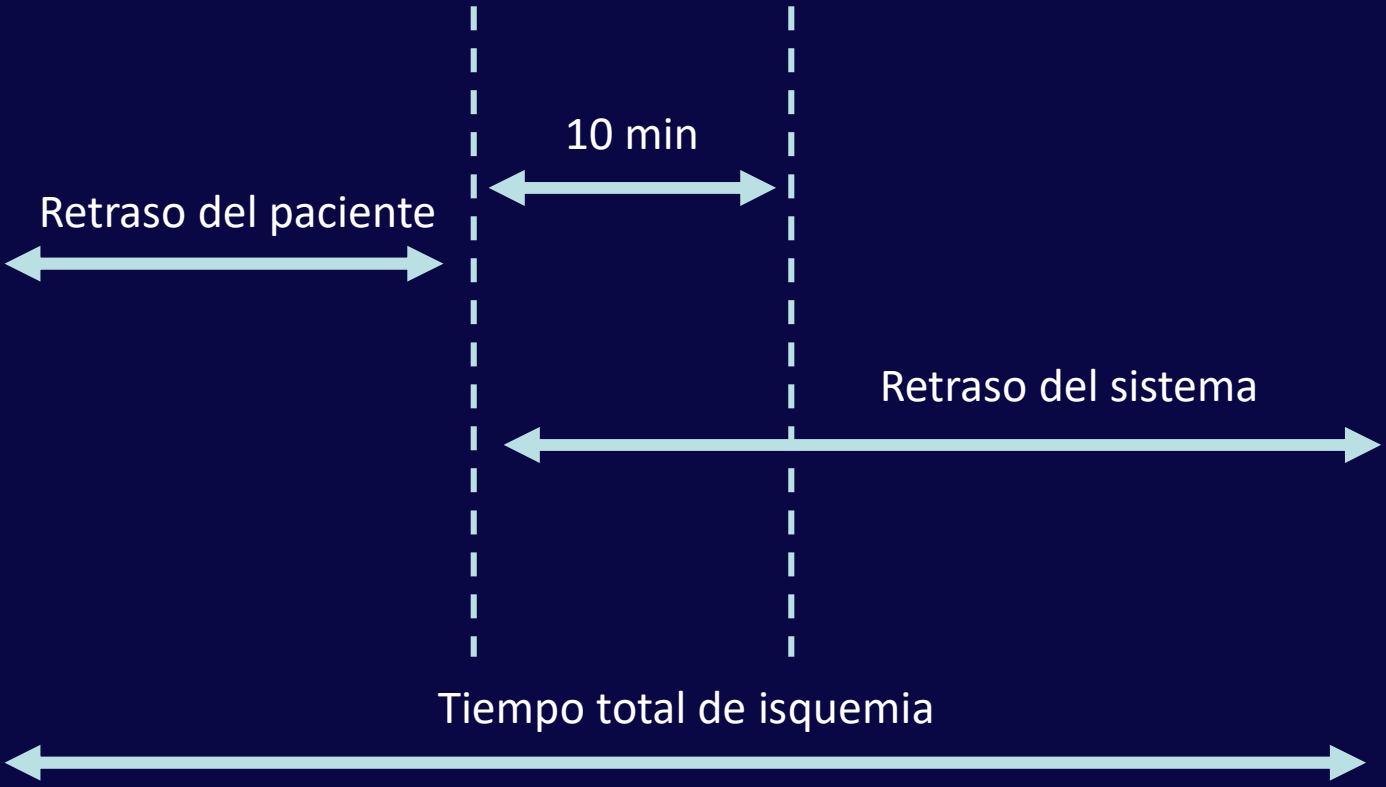
Clase IIIA

Inicio de los
síntomas

PCM

Diagnóstico

Tratamiento de
reperusión



Retrasos en la reperusión

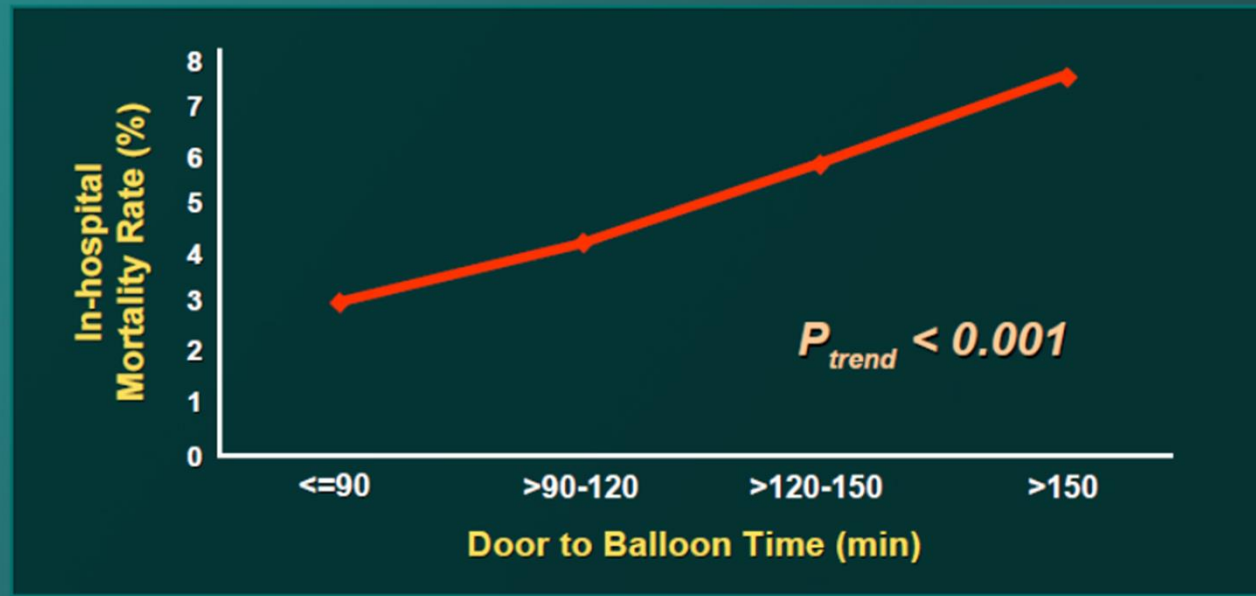
Hora de la
guía

Tiempo
aguja

Retraso del sistema

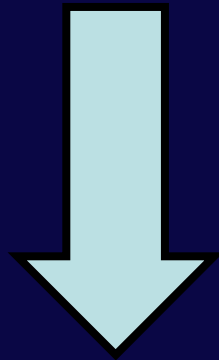
NRMI 1-4: Impact of Door to Balloon Time on In-hospital Mortality

29,222 STEMI pts treated with PCI within 6 hrs of presentation at 395 hospitals from 1999 to 2002

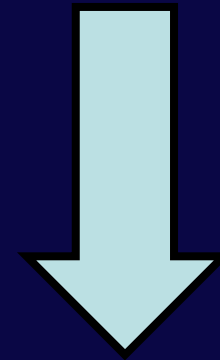


¿Cómo?

Estrategias de reperfusión



Trombolíticos



**Angioplastia
primaria**

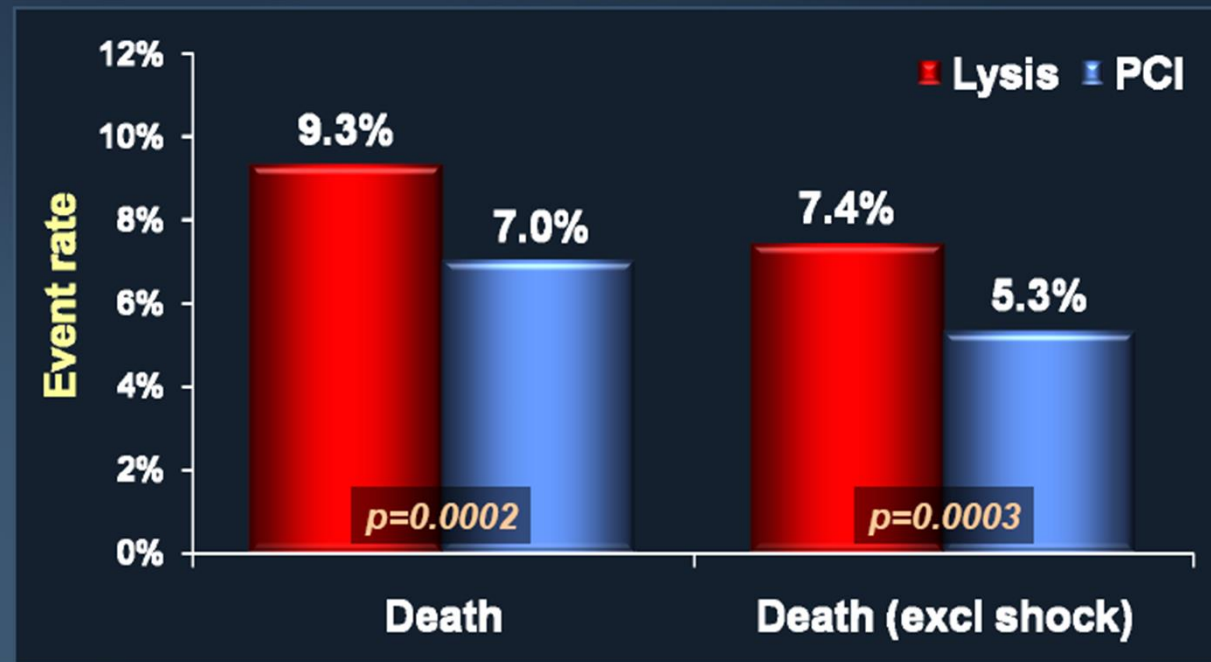
¿ Cómo?

- ✓ Se recomienda la angioplastia primaria como tratamiento de reperfusión de elección (antes que la fibrinólisis) en todo infarto de < 12 hs del comienzo de los síntomas, siempre que se realice dentro de los tiempos adecuados, en centros con capacidad logística y personal experimentado. *Clase 1 A*

Angioplastia vs Fibrinolíticos

23 Randomized Trials of PCI vs. Lysis

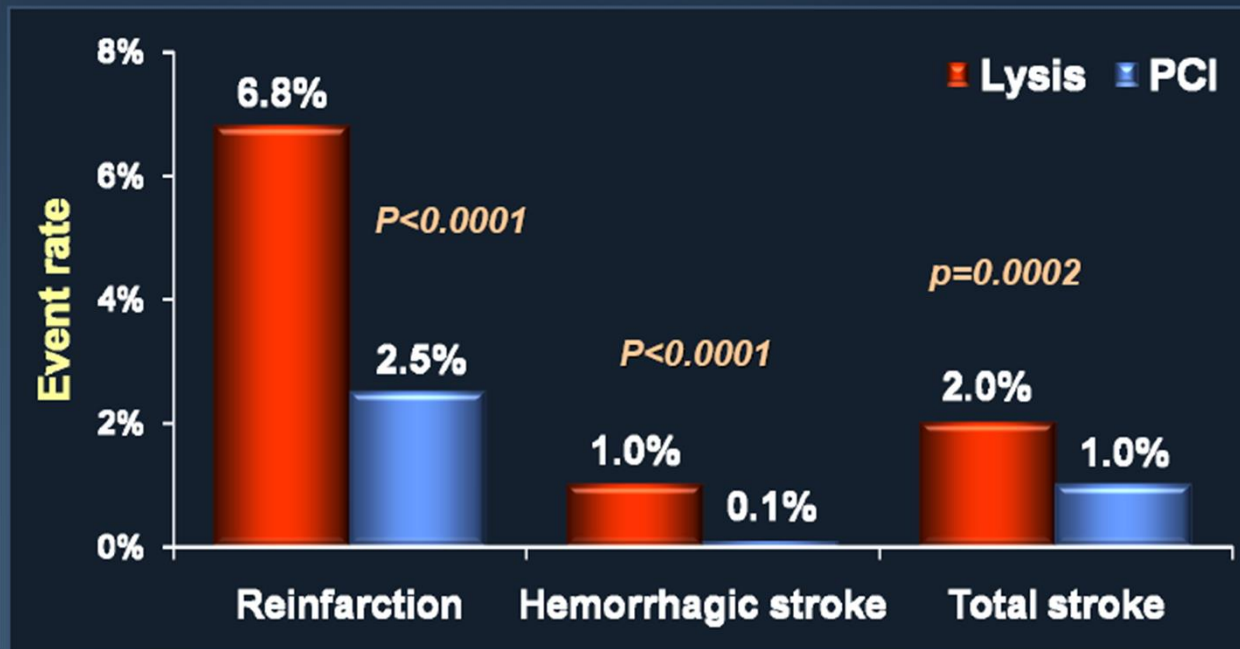
N = 7,739

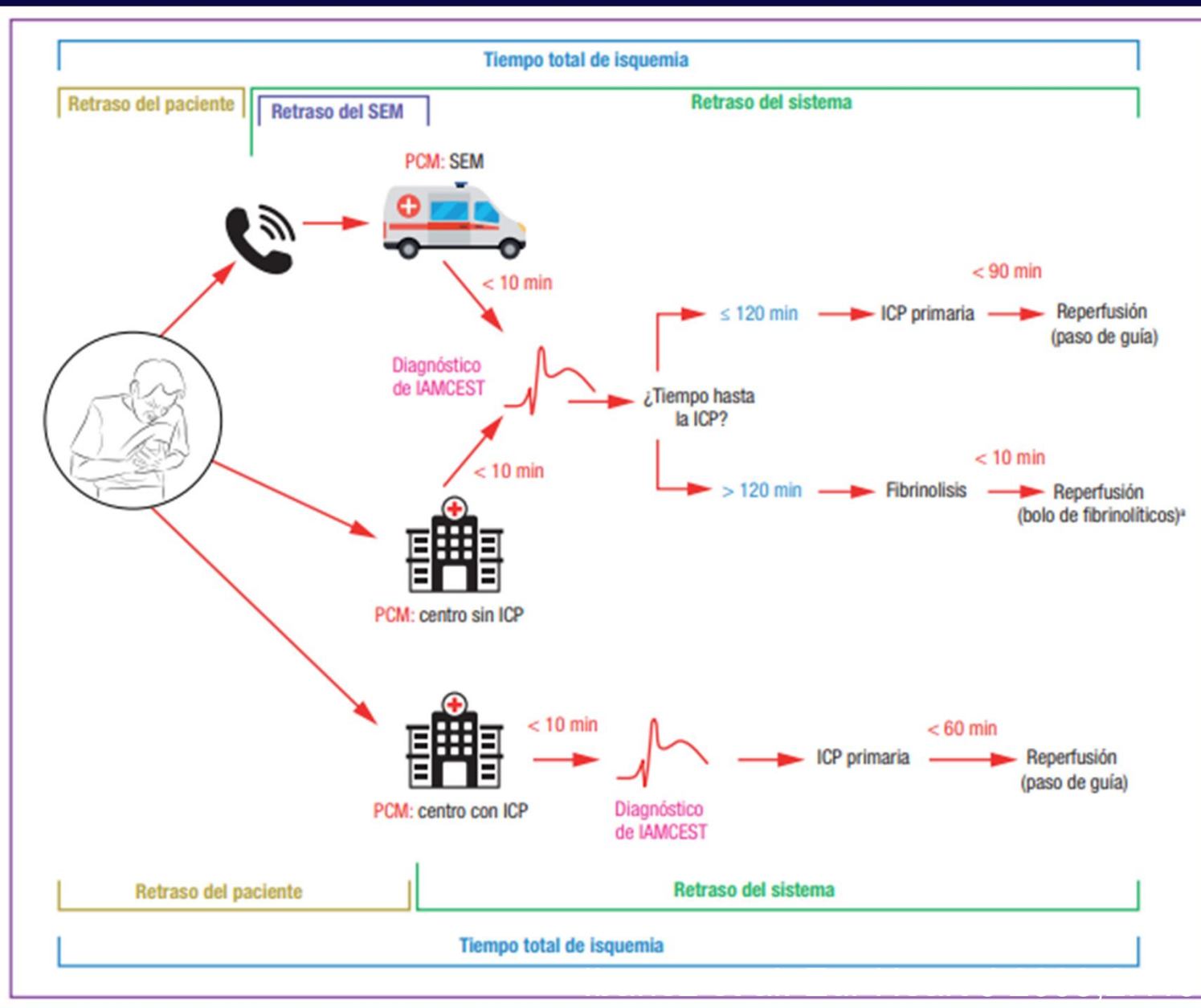


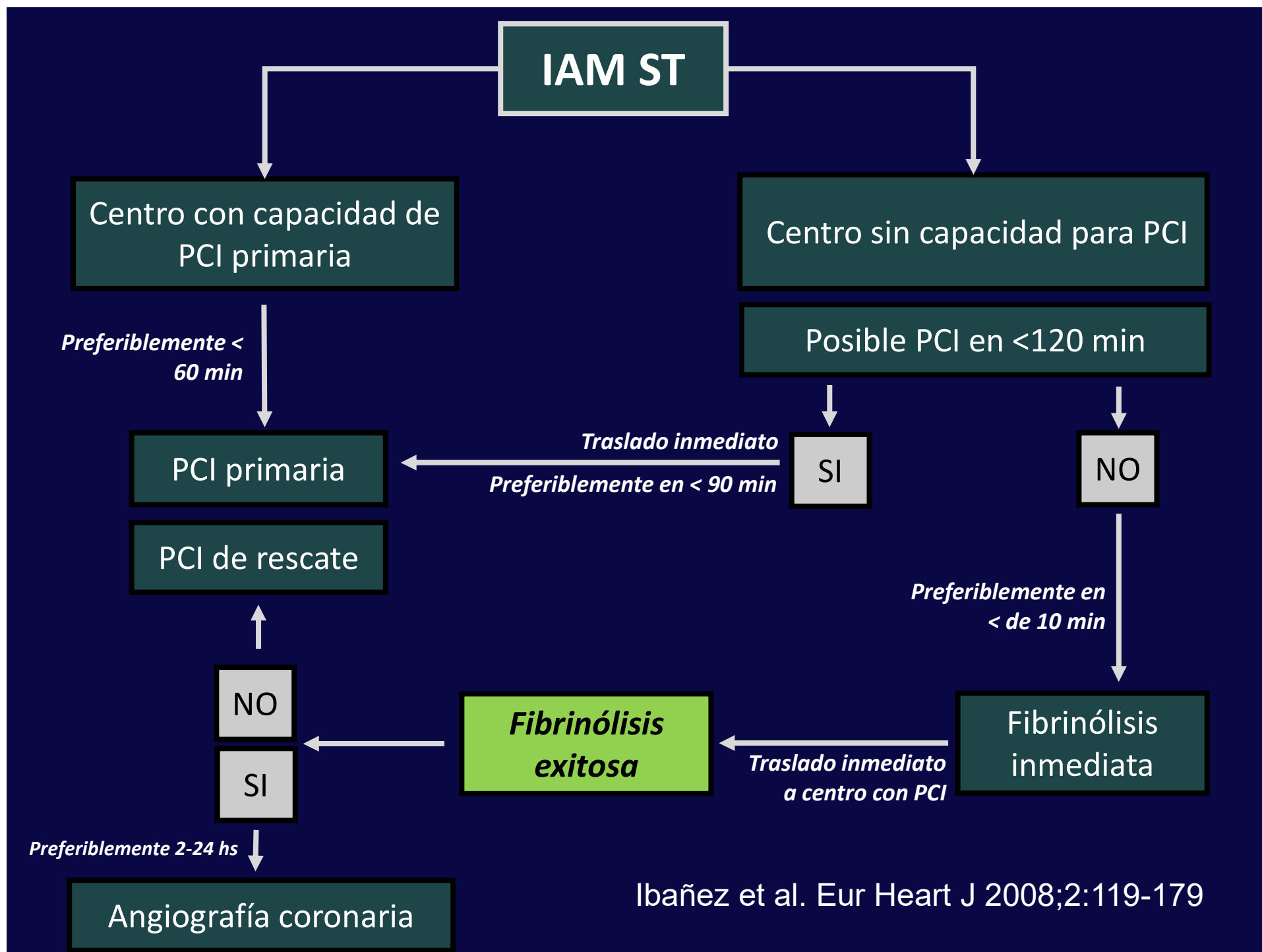
Angioplastia vs Fibrinolíticos

23 Randomized Trials of PCI vs. Lysis

N = 7,739







*¿Aplicamos adecuadamente los
algoritmos que nos sugieren las
guías?*



Encuesta Nacional de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (ARGEN-IAM-ST)

(ClinicalTrials.gov: NCT02458885)

¿Cómo manejamos el infarto en Argentina?
Registro ARGEN-IAM-ST



Buenos Aires	63
CABA	48
Catamarca	2
Chaco	4
Chubut	4
Cordoba	26
Corrientes	9
Entre Rios	5
Formosa	2
Jujuy	2
La Pampa	6
La Rioja	4
Mendoza	10
Misiones	3
Neuquen	1
Rio Negro	5
Salta	8
San Juan	4
San Luis	2
Santa Cruz	2
Santa Fe	24
Santiago del Estero	3
Tierra del Fuego	5
Tucuman	5
	247



Distribución por Sexo y Edad

(n:1759)

Edad: $61 \pm 11,9$ años

$66,2 \pm 13,4$
años

394; 22%

1365; 78%

■ Varones
■ Mujeres

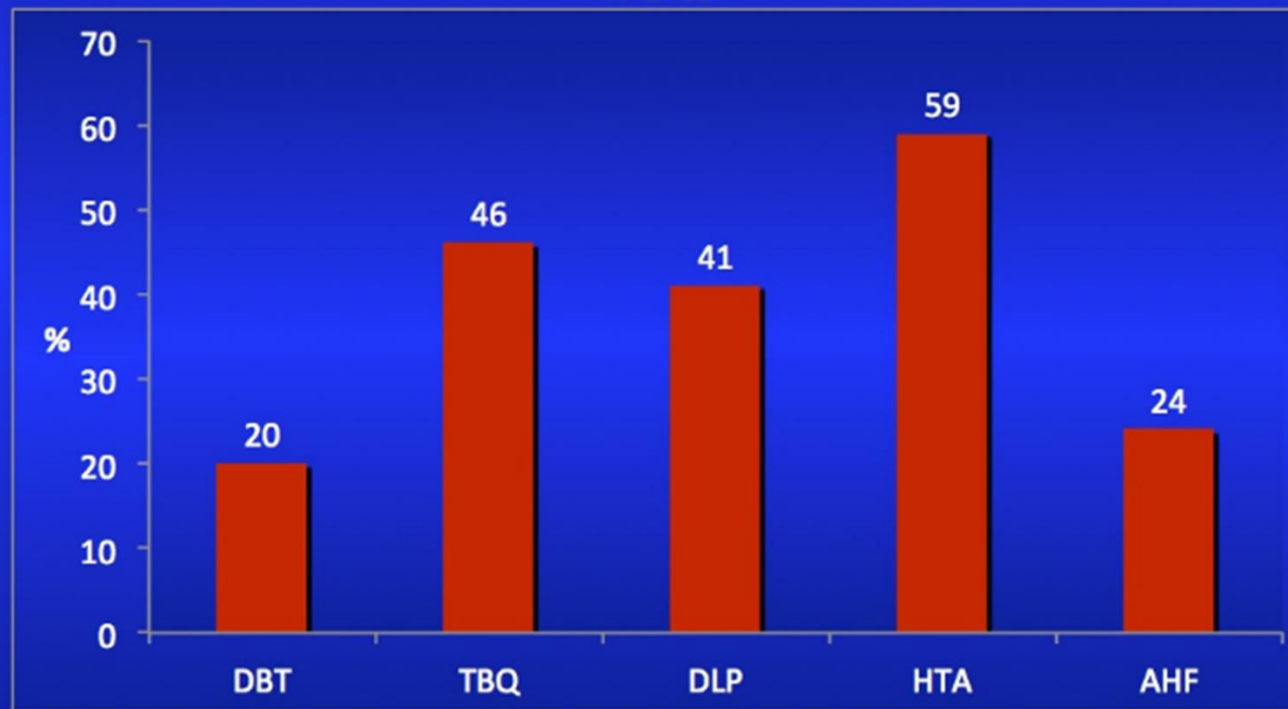
P<0,001

$59,7 \pm 11,0$
años



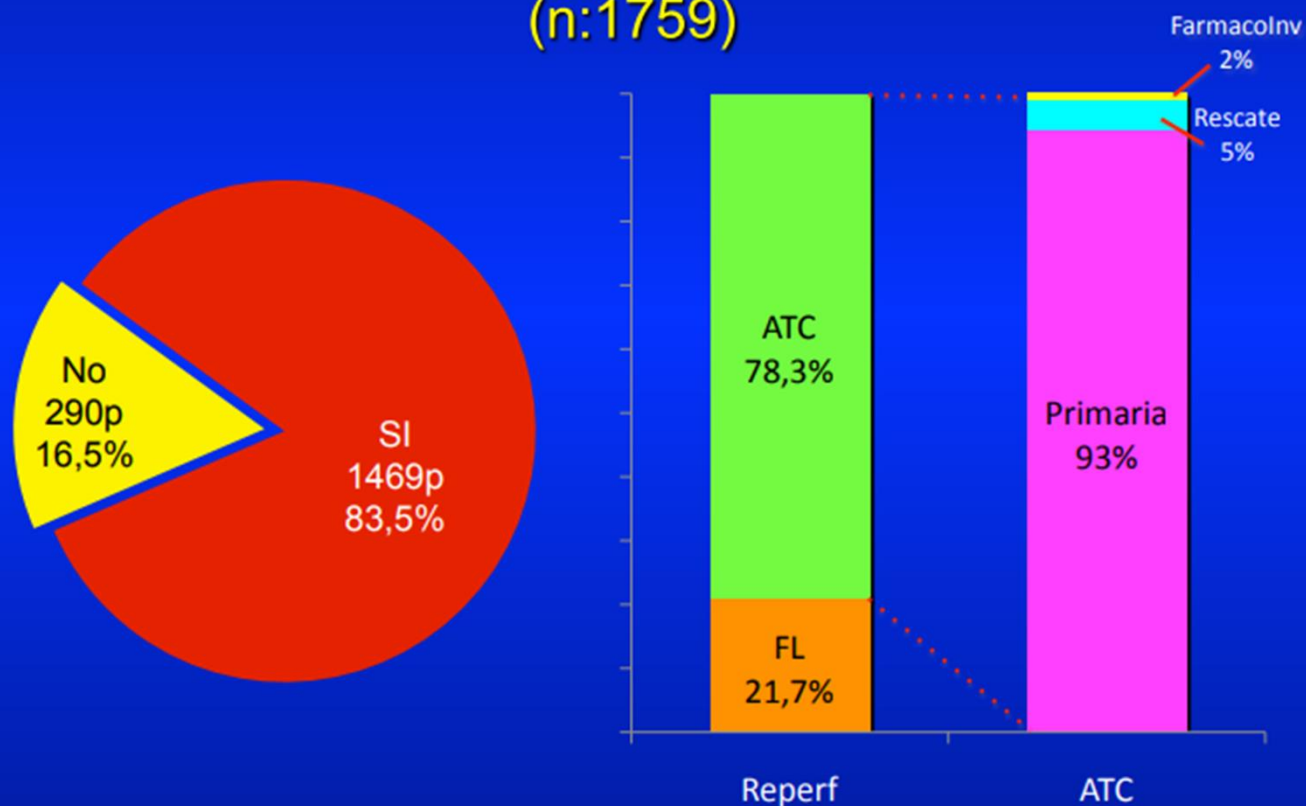
Factores de Riesgo Coronario

n=1759



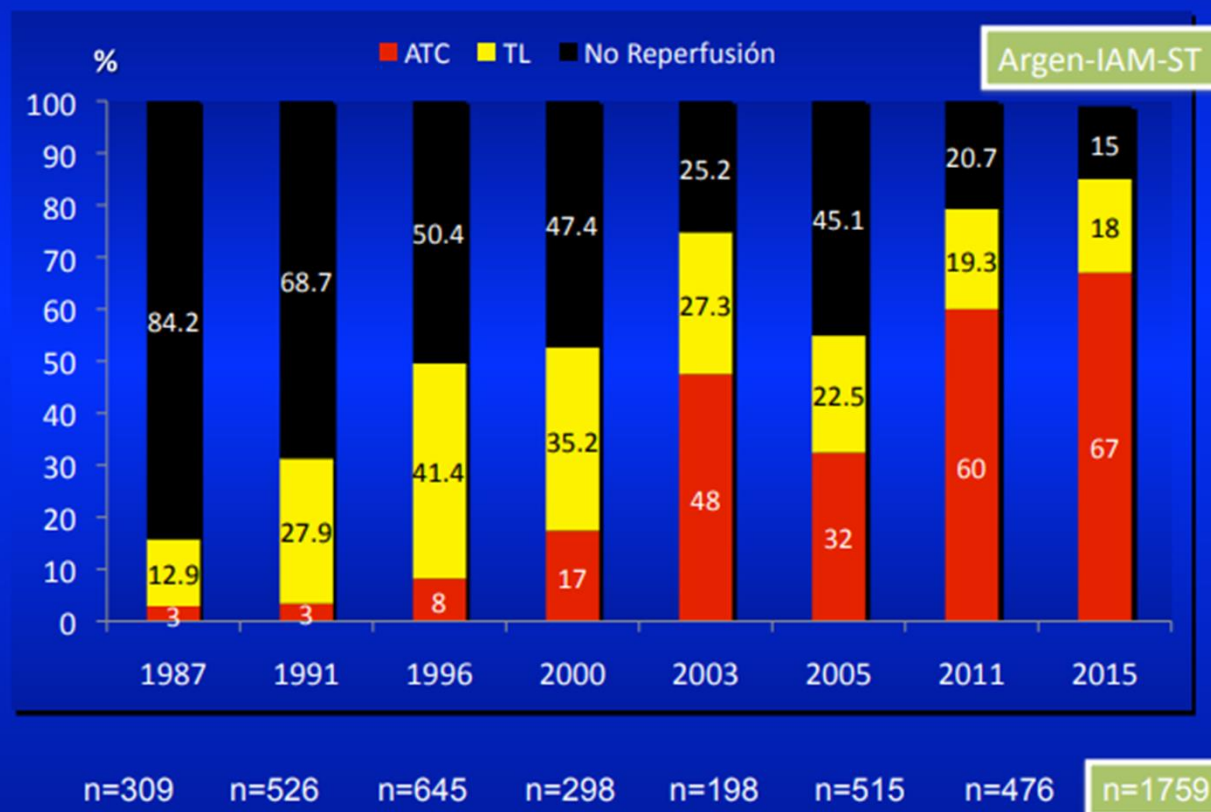


Terapia de Reperusión en las Primeras 24 hs. (n:1759)



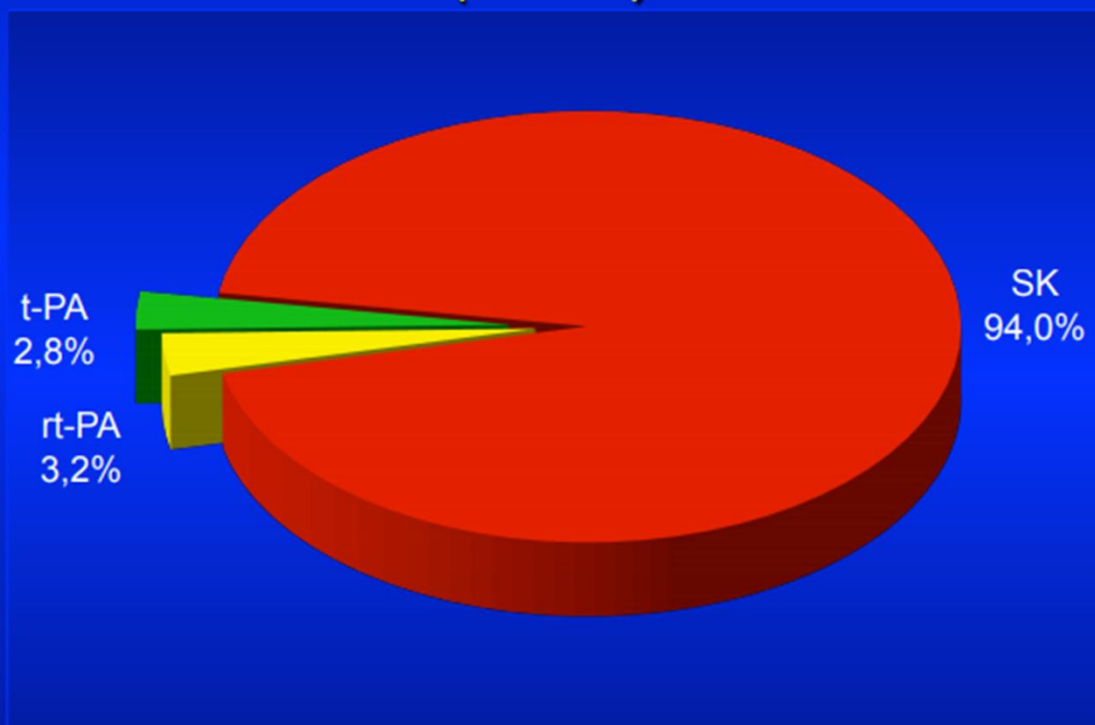


Evolución de la Reperusión en Argentina





Tipo de Fibrinolítico (n:319)



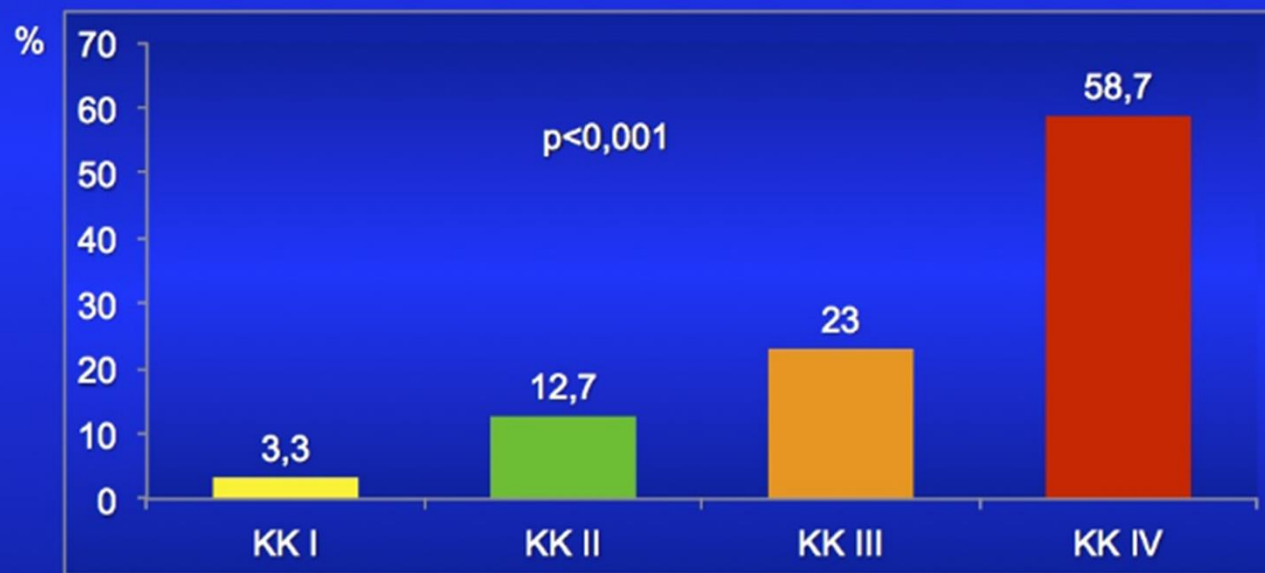


Evolución Intrahospitalaria (n:1759)

	N	%
Mortalidad General	155	8,8
Mortalidad Cardiovascular	131	7,4
Reinfarto	30	1,7
Angina posinfarto	44	2,5
Fibrilación Auricular	74	4,2
Paro Cardíaco	185	10,5
Sangrado	67	3,8



Mortalidad de acuerdo al Killip y Kimball (n:1546)



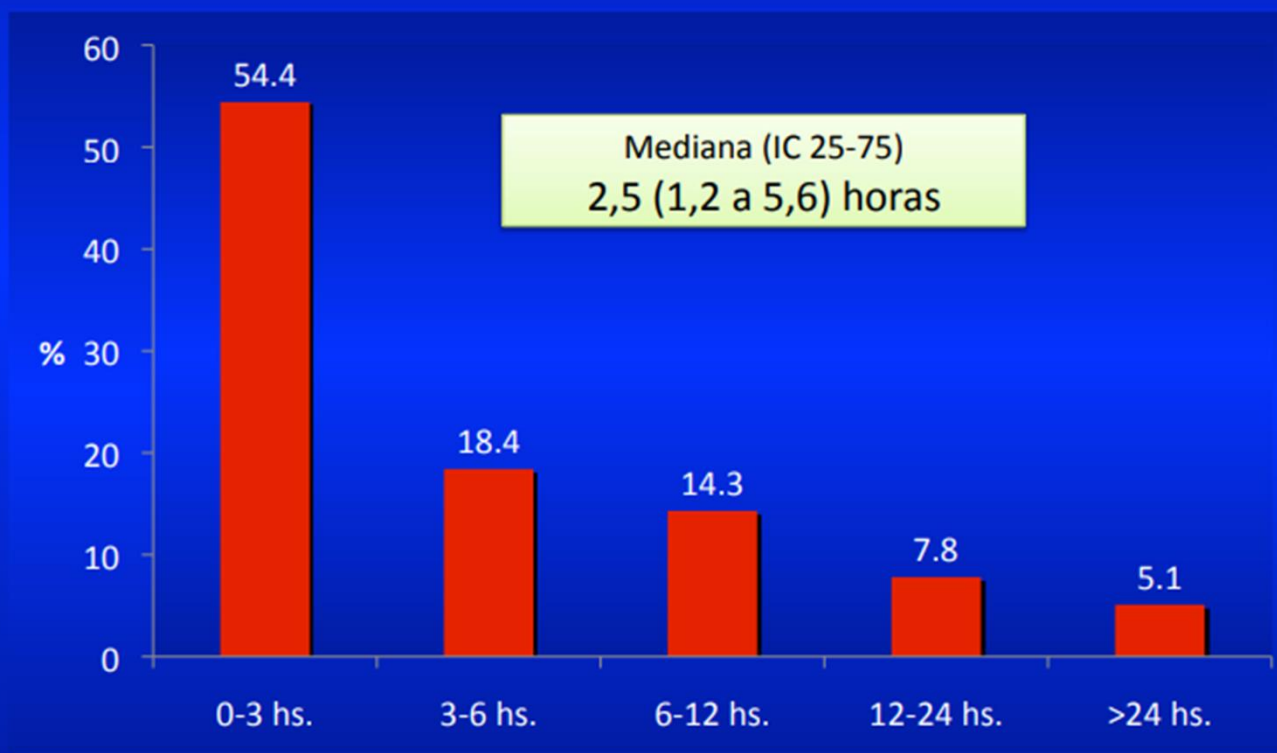


Evolución a 30 días

	N	%
Mortalidad	89 / 941	9,45
Reinternación	82 / 806	10,1
Reintervención	40 / 702	5,7



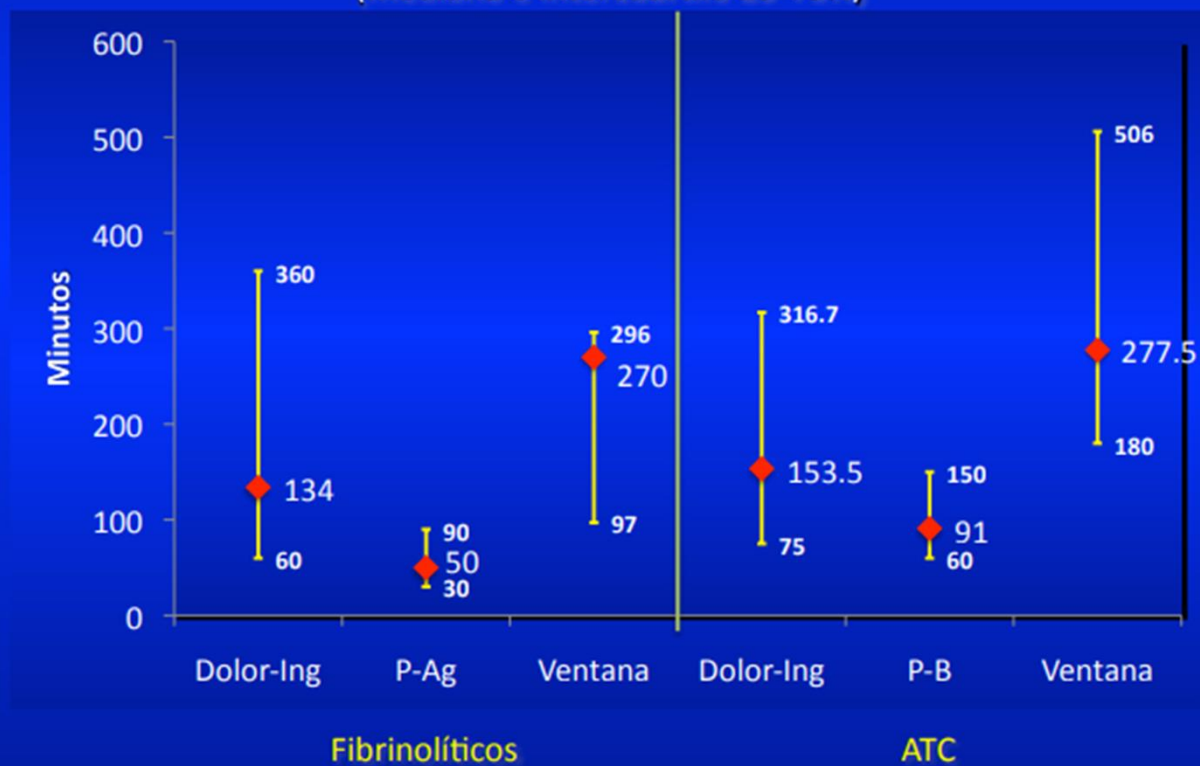
Demora Dolor – Ingreso (n:1670)





Demoras al Tratamiento

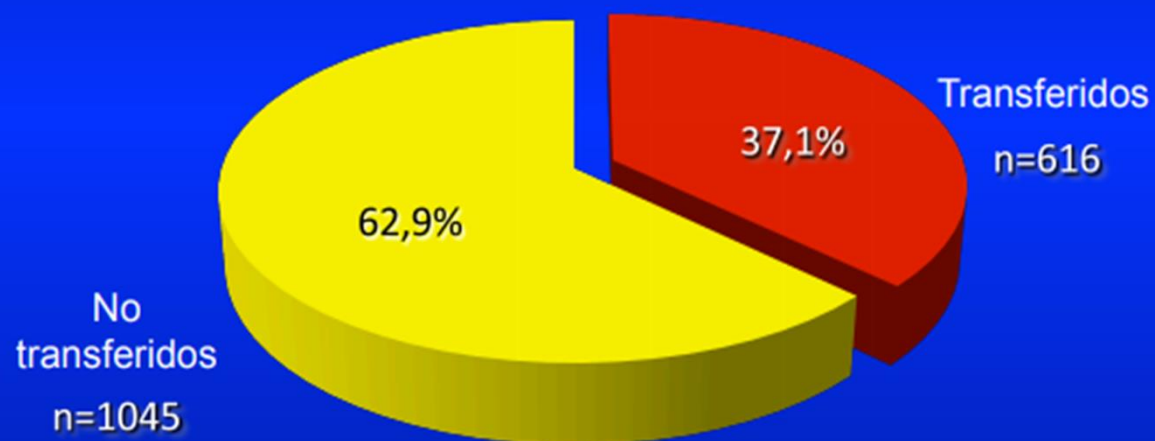
(mediana e intercuartilo 25-75%)





Pacientes Derivados de Otros Centros

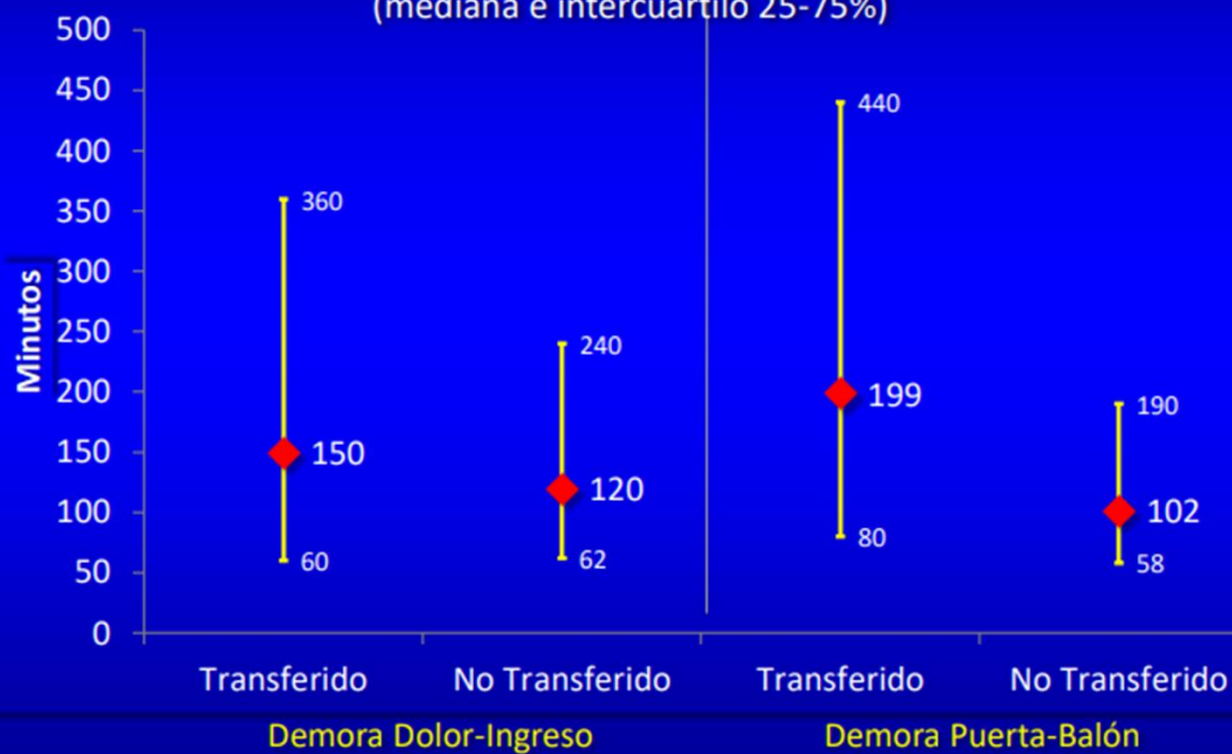
n=1661





Demoras Dolor-Ingreso y Puerta-Balón

(mediana e intercuartil 25-75%)



Conclusión

*¿Aplicamos adecuadamente los algoritmos
que nos sugieren las guías?*

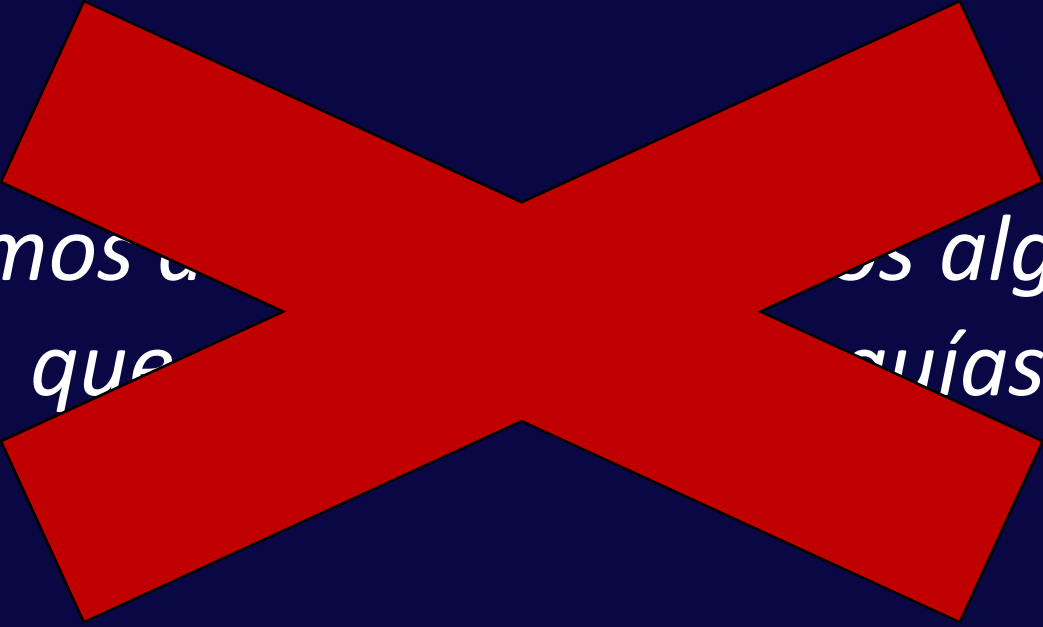
Diapositiva 33

gym1

guillermo y mariana; 9/11/2016

Conclusión

*¿Aplicamos o no los algoritmos
que nos guías?*



Diapositiva 34

gym2

guillermo y mariana; 9/11/2016

Mensaje final

$$\text{SCA} + \uparrow \text{ del ST} = \text{Reperusión}$$

Mensaje Final

- ✓ En centros con capacidad para realizar AP la misma debe ser realizada con una demora menor a 60 minutos
- ✓ En centros sin capacidad para realizar AP si la misma puede ser realizada dentro de los 120 minutos trasladarlo en caso contrario administrar trombólitos con una demora menor a 10 minutos

Mensaje final

- ✓ Debemos trabajar arduamente para alcanzar las metas que nos piden las guías y medir regularmente nuestros tiempos
- ✓ Existen herramientas como las redes en el infarto y la iniciativa Stent Save a Life que nos ayudan a alcanzar las metas

Muchas gracias!!!

