

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **1**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **2003**

Artículo:

Infarto agudo del miocardio. Tratamiento inicial

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Coordinador: Dr. Francisco Manzano Alba

Infarto agudo del miocardio. Tratamiento inicial

Rafael Espinosa Fernández,* Abel Alberto Pavia López*

El infarto agudo del miocardio es la primera manifestación de cardiopatía isquémica en más del cincuenta por ciento de los casos; la angina de pecho se presenta en el treinta por ciento, mientras que la muerte súbita en el veinte por ciento. Cada año en los Estados Unidos, 800,000 personas sufren de infarto agudo de miocardio, de las cuales 213,000 fallecen. La mayor mortalidad es por arritmias ventriculares en la primera hora después de iniciados los síntomas y antes de recibir atención médica en los servicios de emergencia.¹⁻³ La mayor parte de las muertes hospitalarias se presentan durante los primeros días de la hospitalización. La mortalidad a corto y largo plazo depende de varios factores, los más importantes son la extensión del daño al miocardio y las estrategias para su atención, como es la reperfusión miocárdica temprana, que ha logrado disminuir la mortalidad hospitalaria del 15 al 7%; esta cifra se relaciona con la forma de tratamiento en la fase aguda del infarto del miocardio. El pronóstico a largo plazo está relacionado con la extensión del daño al miocardio. En México, la cardiopatía isquémica es la primera causa de mortalidad en personas en edad productiva.

Para reducir el tiempo de atención médica es necesario reconocer que el infarto agudo del miocardio es una emergencia médica. En algunos casos, el retraso en el tratamiento se relaciona con la falta de atención por parte del paciente para reconocer que es un padecimiento serio y el retraso en acudir a los servicios de urgencias; en otros, las causas son la evaluación pre-hospitalaria de los servicios de emergencia,

el tratamiento inicial y el tiempo de transporte para la atención definitiva. Se ha demostrado que la reperfusión miocárdica después de 12 horas ofrece pocas ventajas.⁴

El tratamiento comienza desde el inicio de los síntomas y debe ser de acuerdo a cada caso en particular. Se recomienda la administración de 100 mg de aspirina y nitroglucerina sublingual, si está disponible, una cada cinco minutos en tres dosis. La indicación temprana de la combinación de 300 mg de clopedigrel con aspirina ha demostrado que reduce el riesgo de muertes cardiovasculares y de infarto del miocardio a pesar de estar relacionado con mayor posibilidad de sangrados.⁵ El uso de trombolíticos en la etapa pre-hospitalaria ha demostrado su efectividad cuando se inicia lo más temprano posible, logrando salvar así mayor número de vidas^{6,7} y reducir el tiempo para la intervención coronaria. La selección de los pacientes puede ser difícil por el riesgo de complicaciones que se pueden presentar en el traslado y que no se pueden resolver adecuadamente en los servicios móviles de emergencia.

Es necesario el traslado a los servicios de urgencias que cuenten con personal calificado. El reconocimiento del infarto del miocardio es un proceso dinámico, en el cual la necrosis miocárdica es progresiva, pero se puede limitar la zona miocárdica en riesgo, lo cual es un principio fundamental de la terapia actual. En los síndromes coronarios agudos, la forma de presentación indica los diferentes caminos terapéuticos, como se muestra en los algoritmos.⁸ El infarto de miocardio no Q puede ser el resultado de un trombo que provoca obstrucción incompleta de vaso, con menos deterioro de la función ventricular izquierda, con pronóstico a corto plazo favorable, y a largo plazo con mayor frecuencia de trastornos coronarios recurrentes. El infarto del miocardio con onda Q se asocia con obstrucción completa de la arteria coronaria.

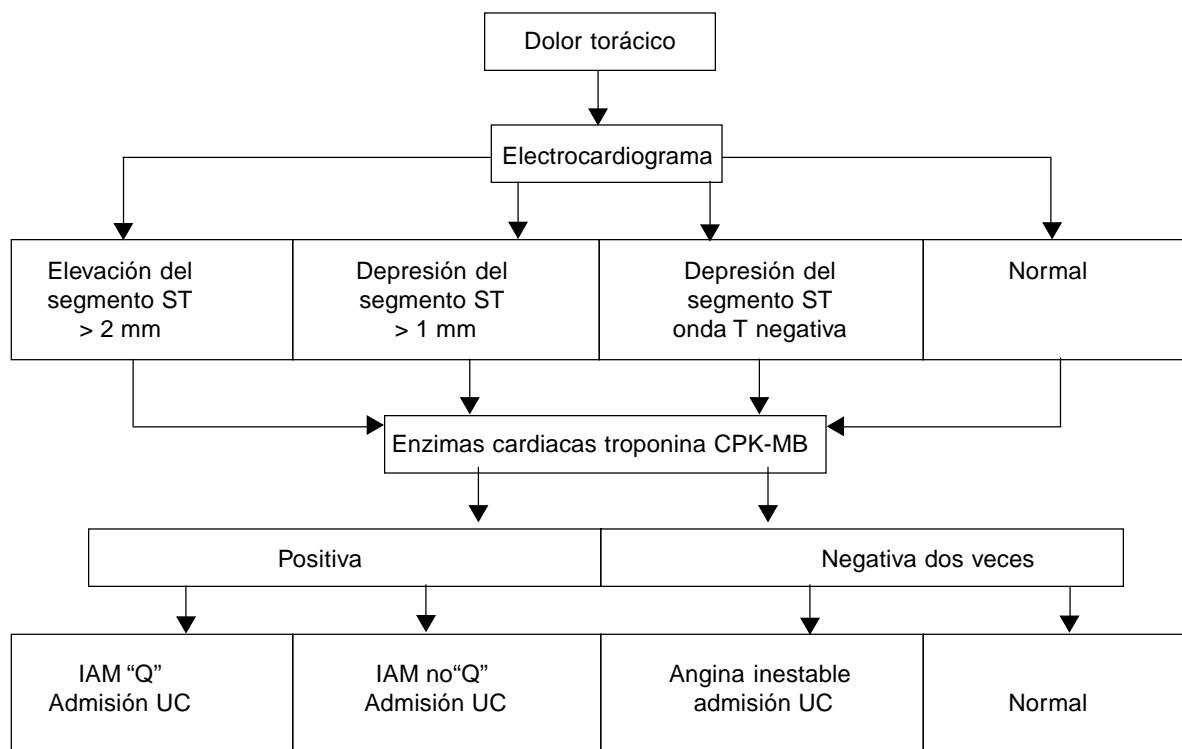
La etapa más importante del tratamiento hospitalario es la reperfusión miocárdica,⁴ puede ser farmacológica con trombólisis, o con bloqueadores de las glicoproteínas IIb/IIIa;⁹ o bien con revascularización coronaria con angioplastia e implante de stent, o la combinación de farmacoterapia con intervención coronaria terapéutica.

* Servicio de Cardiología del Hospital Ángeles de las Lomas.

Correspondencia:

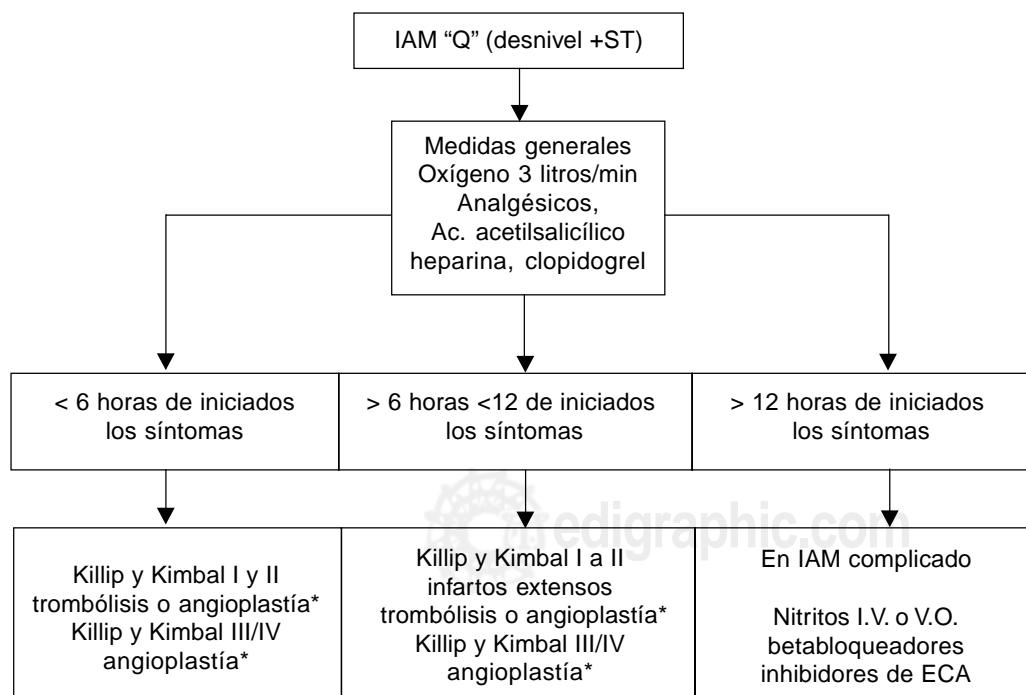
Dr. Rafael Espinosa Fernández
Hospital Ángeles de las Lomas
Vialidad de la Barranca s/n.
Consultorio 670
Col. Valle de las Palmas
52763 Huixquilucan, Edo. de México.
Tel: 5246-9474
Correo electrónico: respinosacardiologia@hotmail.com

Aceptado: 07-02-2003.



Cortesía de Pavia A., Espinosa R. (Rev Mex Aterosc Prev Cardiovasc 2002; 5 (1): 16).

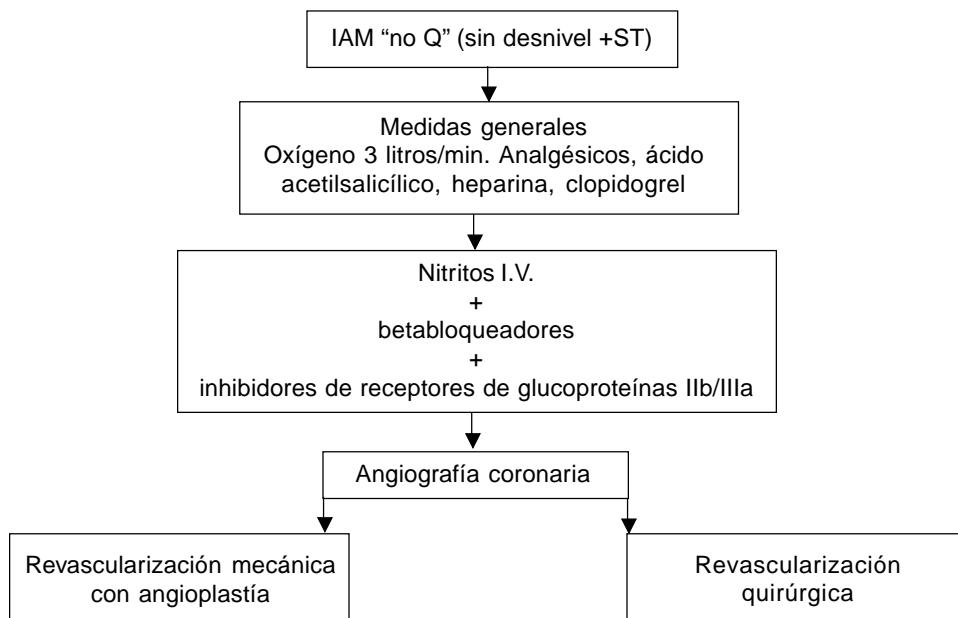
Algoritmo 1.



* En angioplastía utilizar inhibidores IIb/IIIa

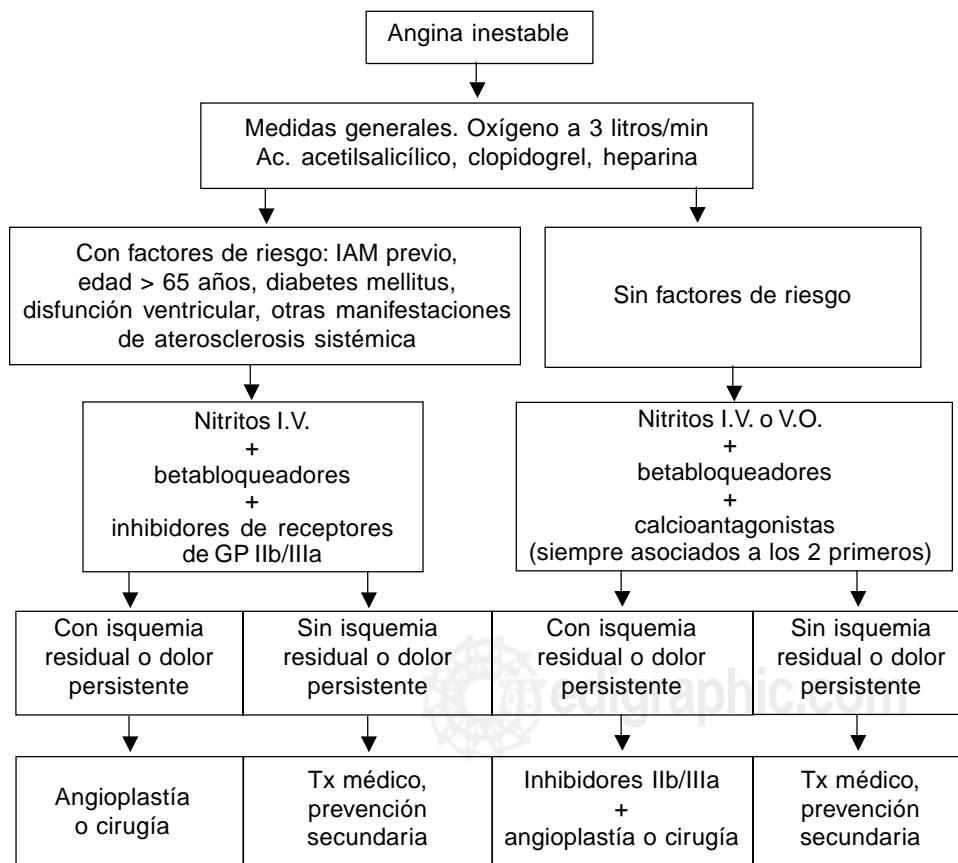
Cortesía de Pavia A., Espinosa R. (Rev Mex Aterosc Prev Cardiovasc 2002; 5 (1): 16).

Algoritmo 2.



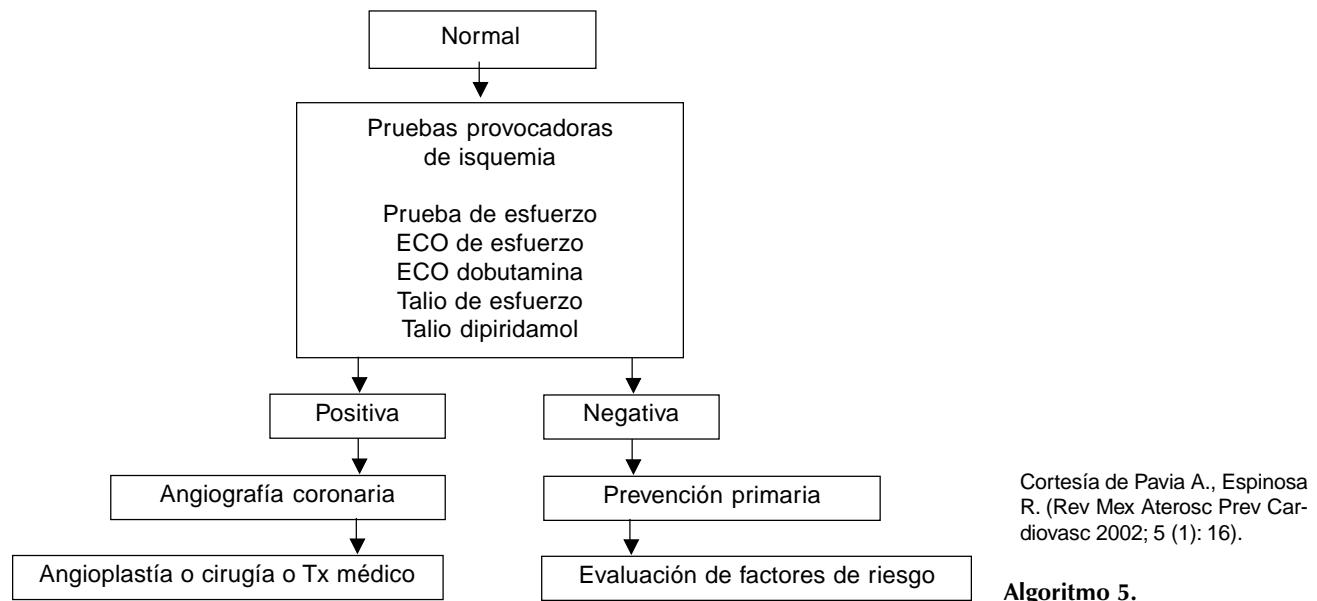
Cortesía de Pavia A., Espinosa R. (Rev Mex Aterosc Prev Cardiovasc 2002; 5 (1): 16).

Algoritmo 3.



Cortesía de Pavia A., Espinosa R. (Rev Mex Aterosc Prev Cardiovasc 2002; 5 (1): 16).

Algoritmo 4.



REFERENCIAS

1. Herlitz J, Blohm M, Hartford M, et al. Delay time in suspected acute myocardial infarction and the importance of its modification. *Clin Cardiol* 1989; 12: 370-275.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. 911 rapid identification and treatment of acute myocardial infarction. NIH Publication. Public Health Service, National Institutes of Health. Bethesda, MD, USA: Department of Health and Human Services; 1994: 94-99.
3. National Heart, Lung and Blood Institute. Patient/bystander recognition and action: rapid identification and treatment of acute myocardial infarction. No. 93. National Attack Alert Program (NHAAP). NIH Publication. Bethesda, MD, USA: National Institutes of Health; 1993: 117-121.
4. Weaver WD, Cerqueira M, Hallstrom AP, et al. Prehospital-initiated thrombolytic therapy: The Myocardial Infarction Triage and Intervention Trial. *JAMA* 1993; 270: 1211-1217.
5. Yusuf S, Fox KAA, Tognoni G, et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation (CURE). *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502.
6. Fibrinolytic Therapy Trials (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results for all randomized trials of more than 1,000 patients. *Lancet* 1994; 343: 311-317.
7. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction Second International Study of Infarct Survival (ISIS-2) Collaborative Group. *Lancet* 1988; 2: 349-355.
8. Pavia A, Espinosa R. Bloqueo de las glicoproteínas IIb/IIIa en los síndromes coronarios agudos. *Rev Mex Aterosc Prev Cardiovasc* 2002; 5(1): 16-20.
9. Espinosa R, Pavia A. Bloqueadores de los receptores plaquetarios de las glicoproteínas IIb/IIIa en la cardiopatía isquémica. *An Med Asoc Hosp ABC* 2000; 45: 200-204.