

Manejo extrahospitalario del SCACEST.

La reperfusión.

Dra. Carolina Hernández Luis
Unidad Coronaria. Hospital Clínico
Universitario de Valladolid.



Guías Europeas



European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619
doi:10.1093/eurheartj/ehs215

ESC GUIDELINES

ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology

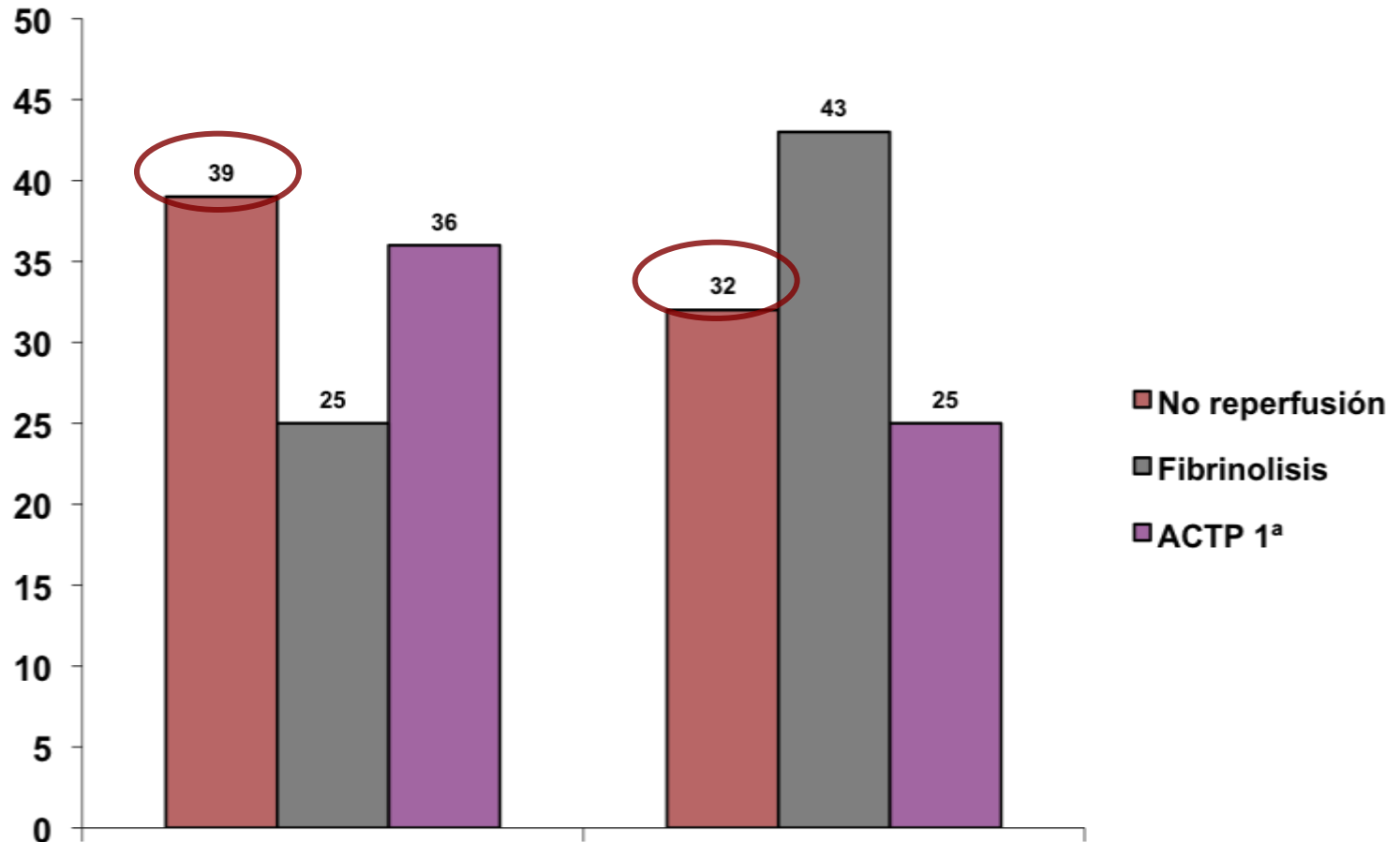
Authors/Task Force Members: Ph. Gabriel Steg (Chairperson) (France)*, Stefan K. James (Chairperson) (Sweden)*, Dan Atar (Norway), Luigi P. Badano (Italy), Carina Blomstrom Lundqvist (Sweden), Michael A. Borger (Germany), Carlo Di Mario (United Kingdom), Kenneth Dickstein (Norway), Gregory Ducrocq (France), Francisco Fernandez-Aviles (Spain), Anthony H. Gershlick (United Kingdom), Pantaleo Giannuzzi (Italy), Sigrun Halvorsen (Norway), Kurt Huber (Austria), Peter Juni (Switzerland), Adnan Kastrati (Germany), Juhani Knuuti (Finland), Mattie J. Lenzen (Netherlands), Kenneth W. Mahaffey (USA), Marco Valgimigli (Italy), Arnoud van't Hof (Netherlands), Petr Widimsky (Czech Republic), Doron Zahger (Israel).

Estrategia de reperfusión

- Tratamiento o estrategia dirigida a **resolver la oclusión** de la arteria coronaria que provoca el IAM.

- **Tratamiento de elección** en el IAM:
 - Intentar aumentar el número de pacientes reperfundidos.
 - Con la mayor rapidez.

Pacientes sin perfusión

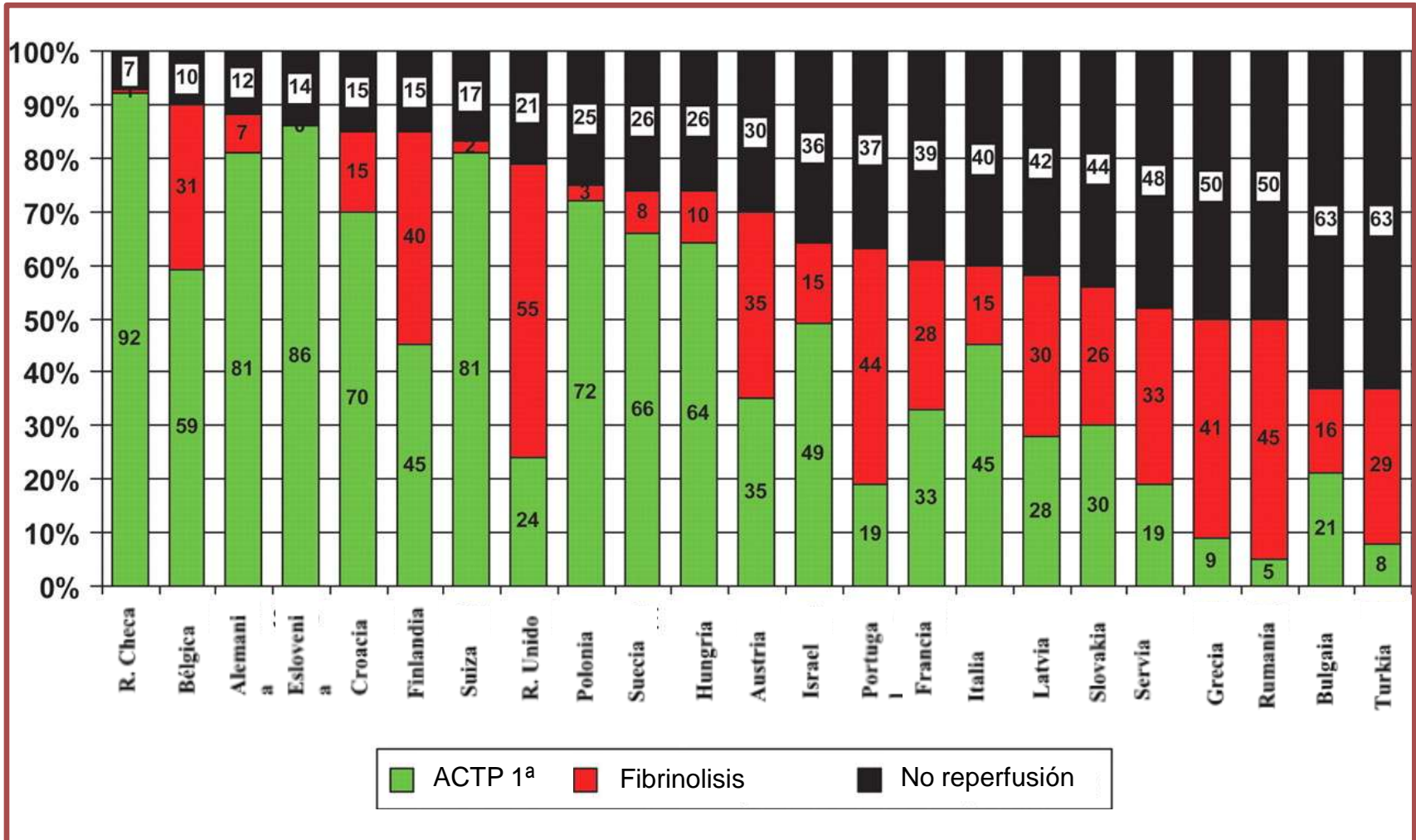


ACII. Europa 2004

MASCARA. España 2004-5

Ferreira-González I et al. Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 803.

Pacientes sin reperfusión

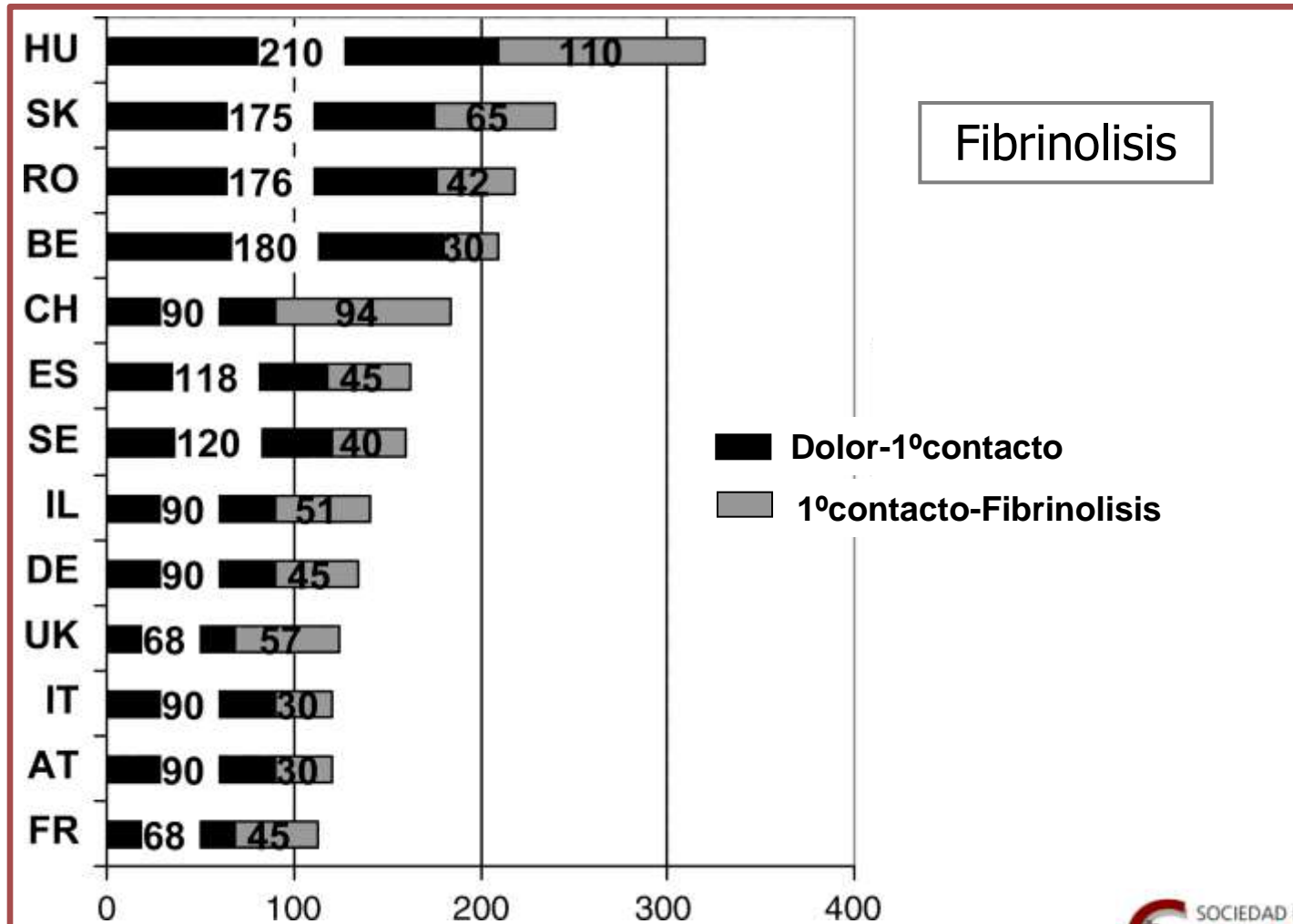


Estrategia de reperfusión

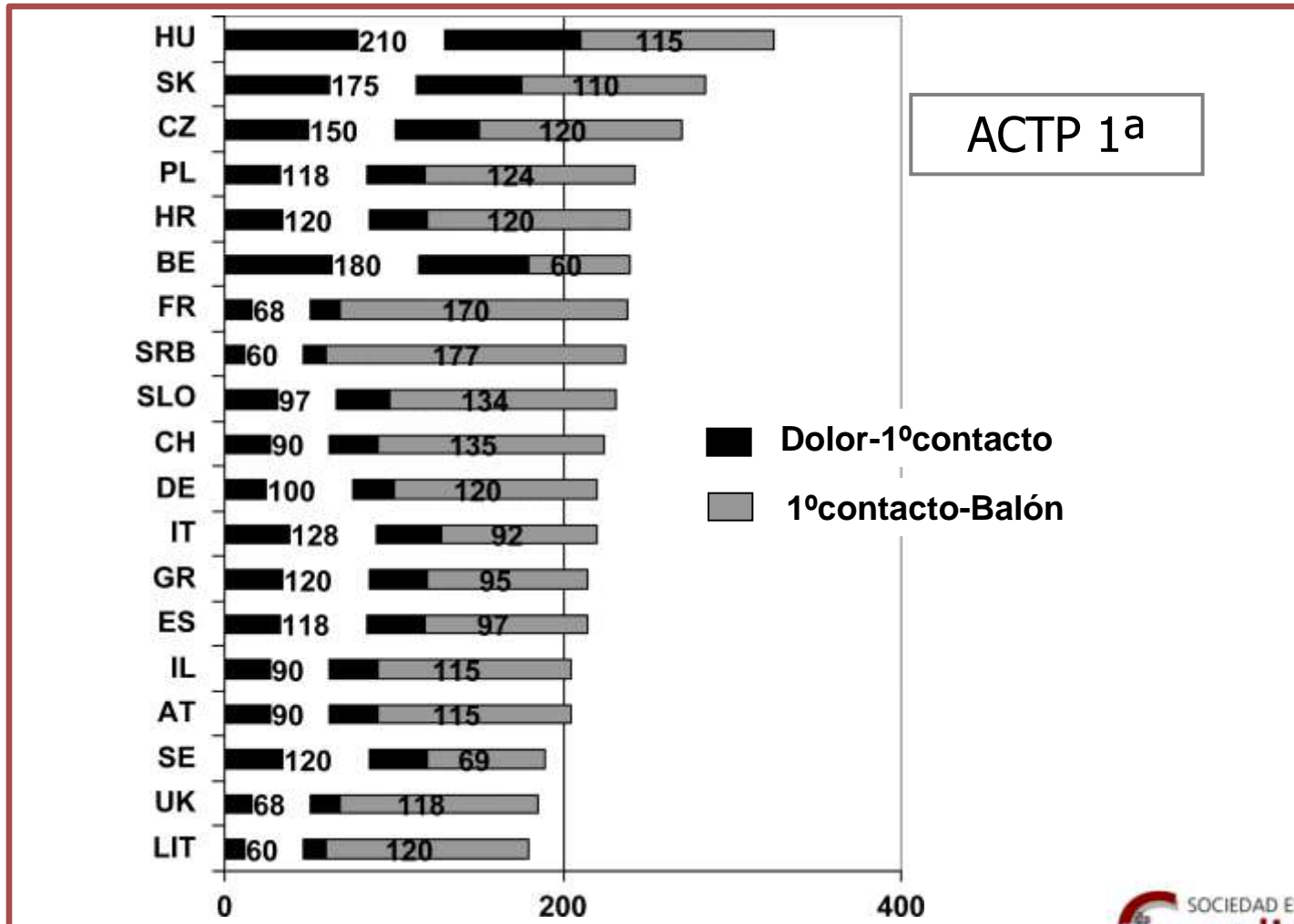
- **1) Precisión diagnóstica.**
- **2) Evaluación de riesgos:**
 - Opciones de tratamiento.
 - Riesgo del infarto.

En un margen de tiempo crítico.

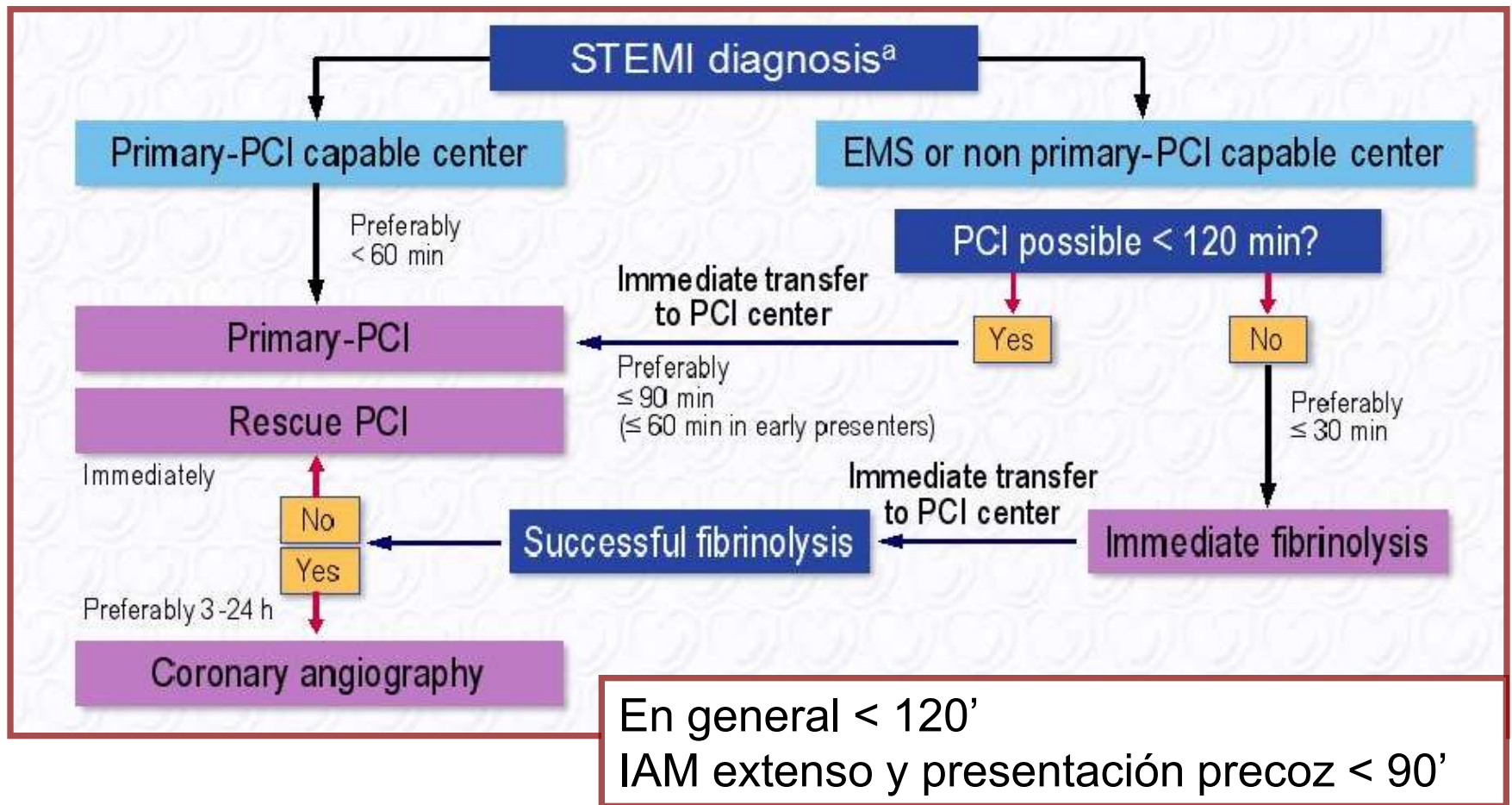
¿Somos rápidos en la reperfusión?



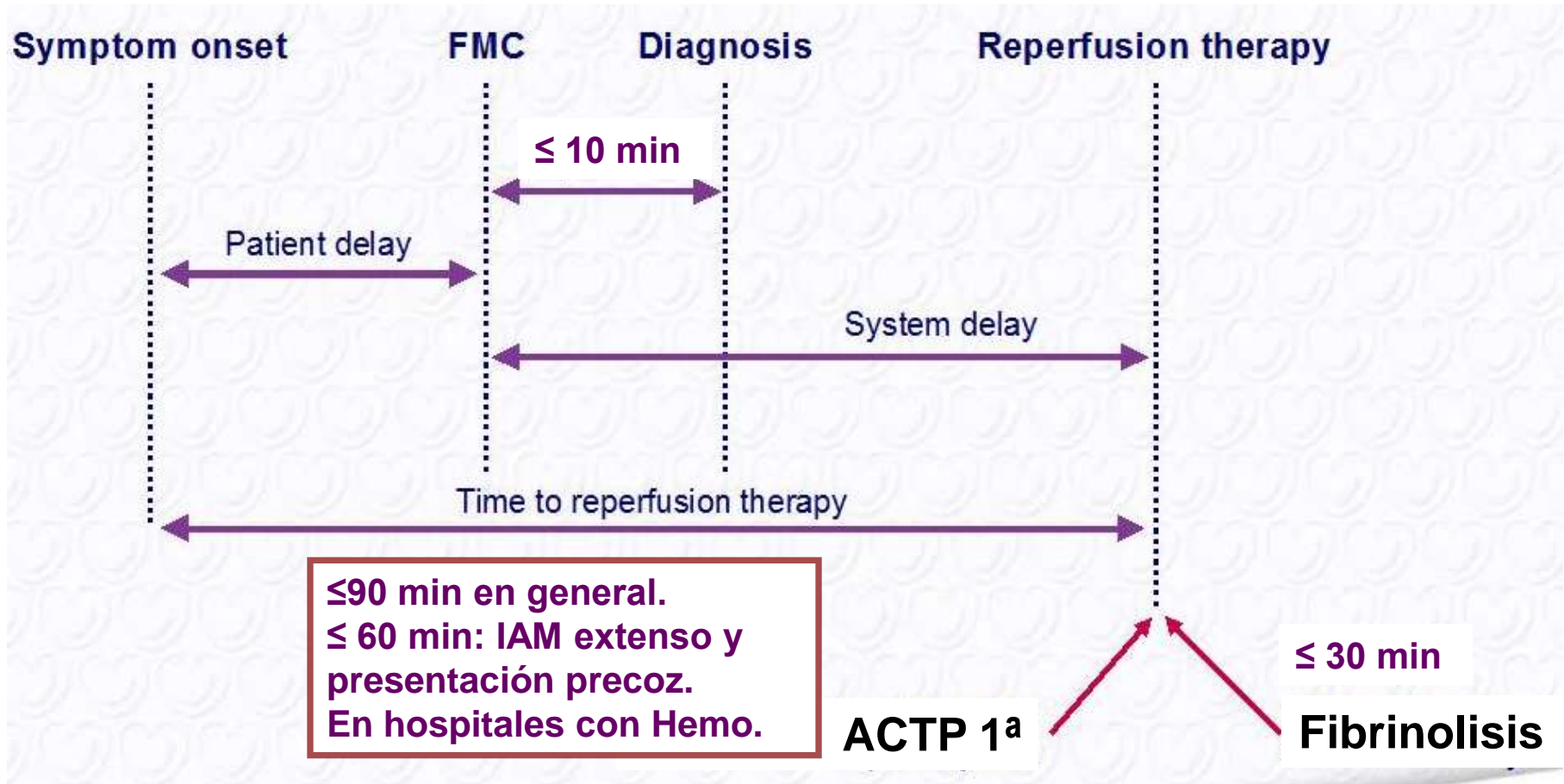
¿Somos rápidos en la reperfusión?



¿Cómo seleccionar la estrategia de reperfusión?



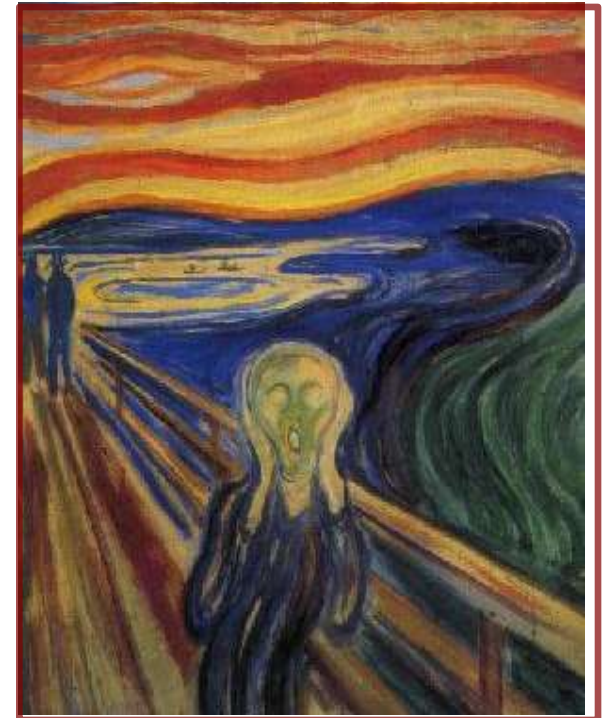
Reperfusion de calidad



¿Cómo seleccionar la estrategia de reperfusión?

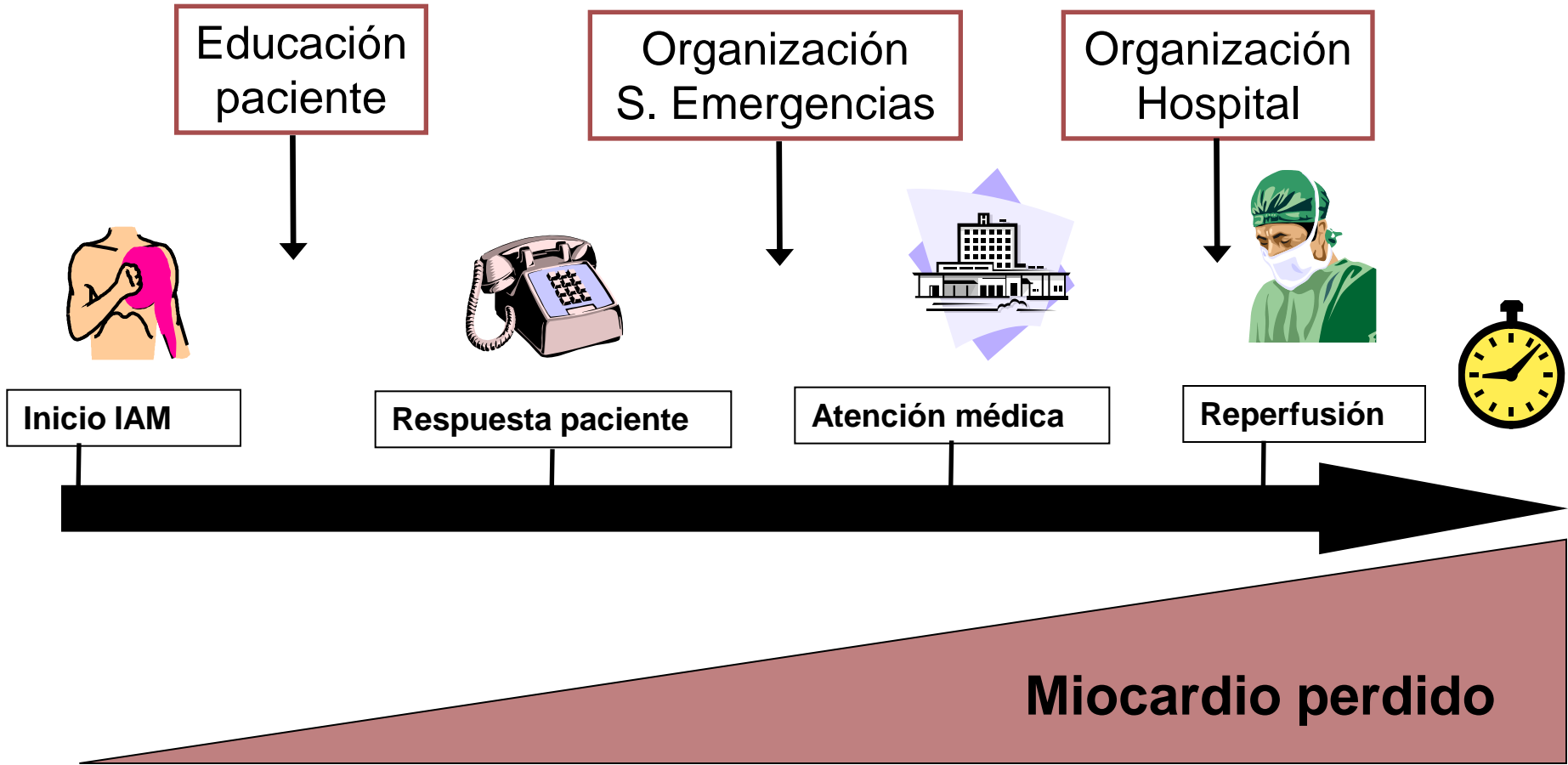


Lugar (tiempo en establecer la reperfusión)



**Tipo de infarto
y paciente**

La demora



Emergencias Sanitarias

Entrenamiento y formación.

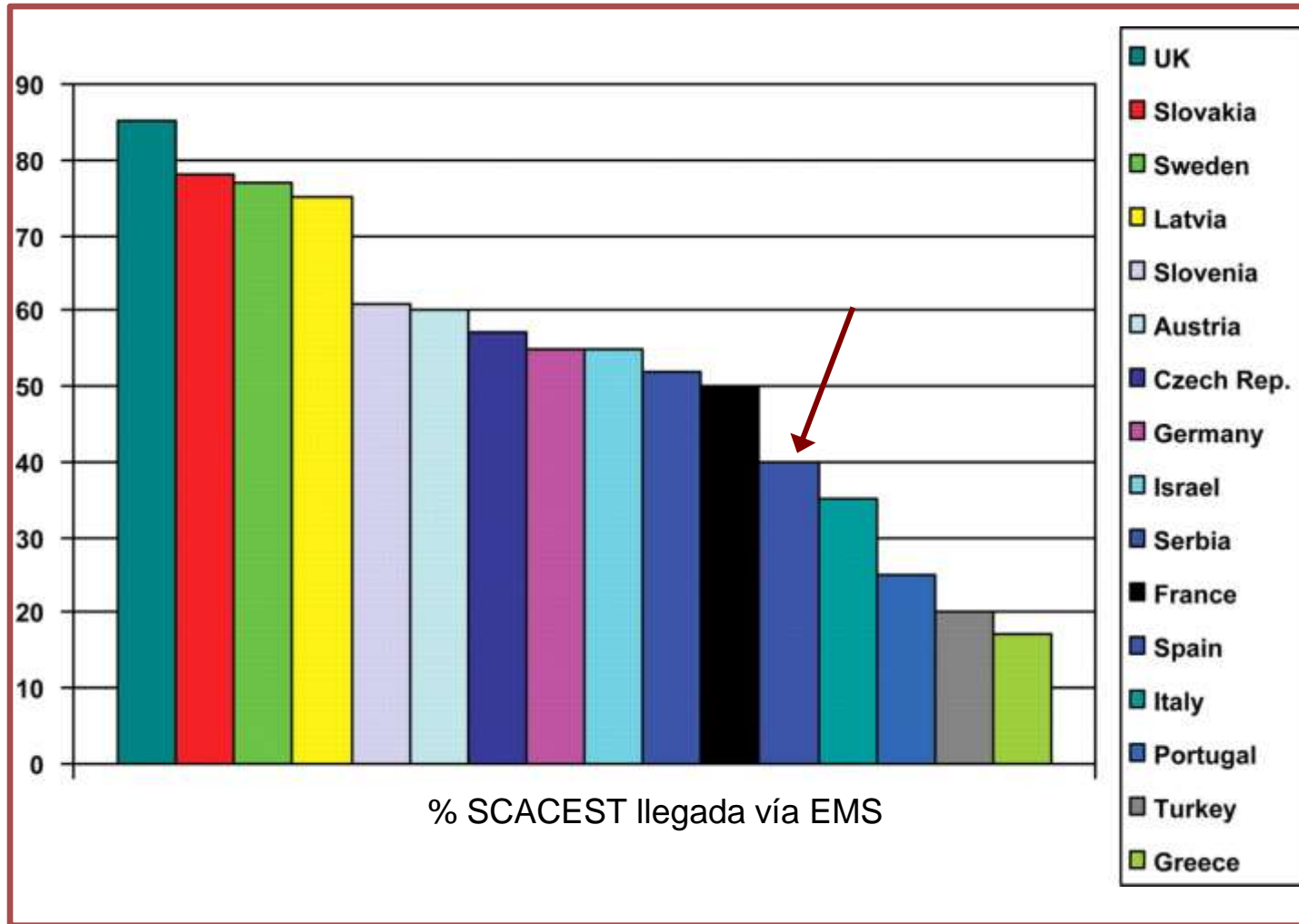
Protocolos de actuación.

Disminución de la demora.

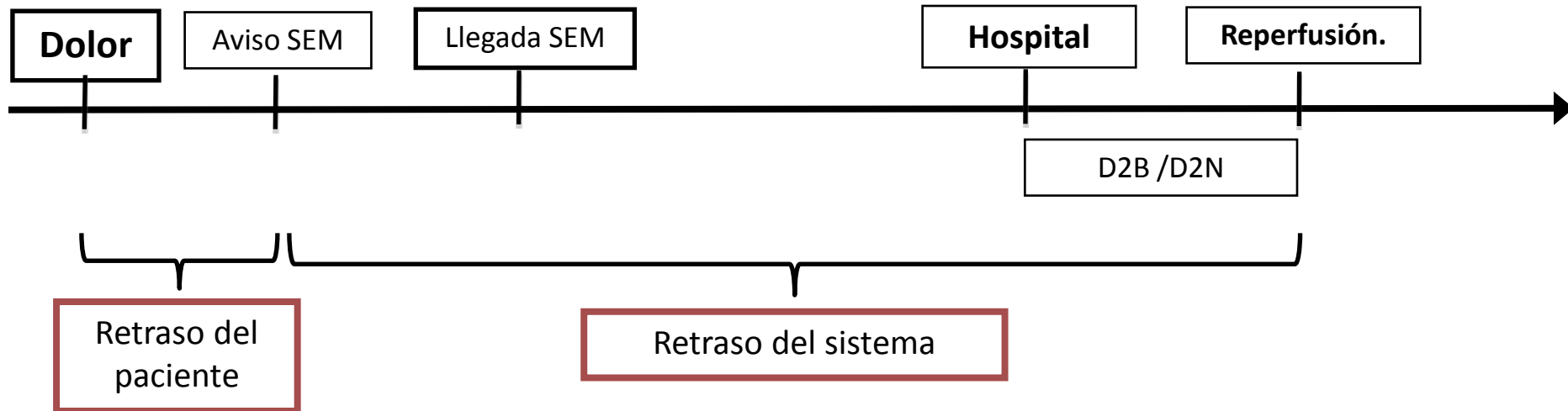
Modo preferido de atención.

- Transporte.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.

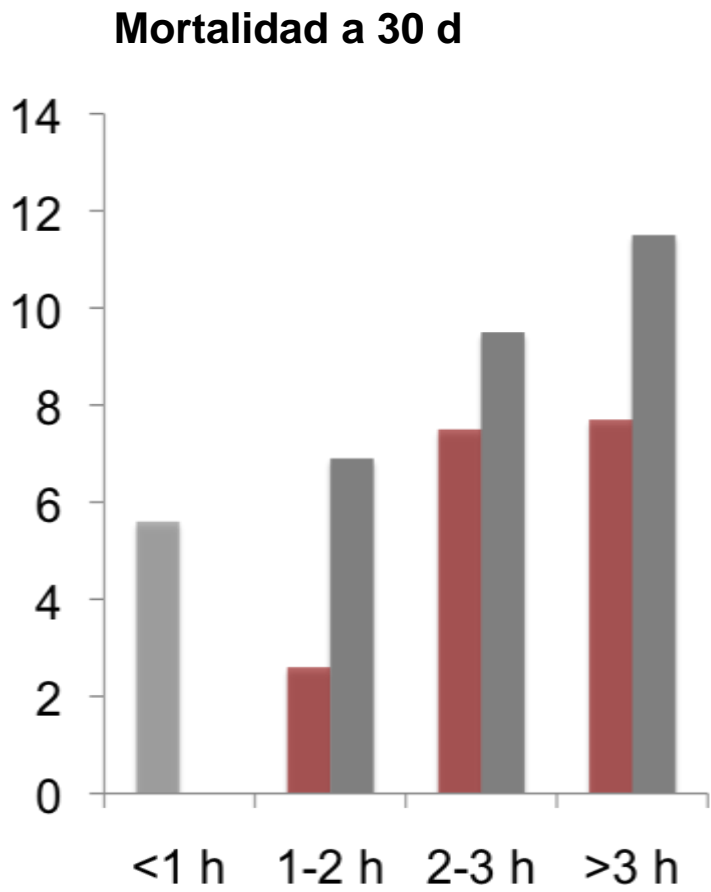
Emergencias Sanitarias en Europa



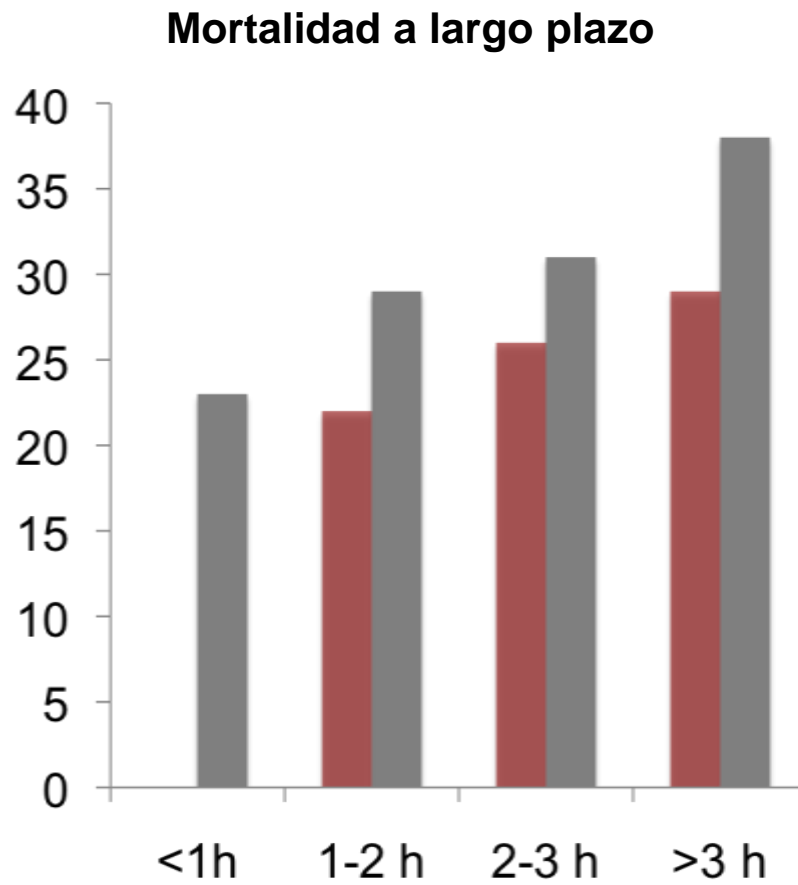
Retraso en el sistema y mortalidad



Retraso en el sistema y mortalidad



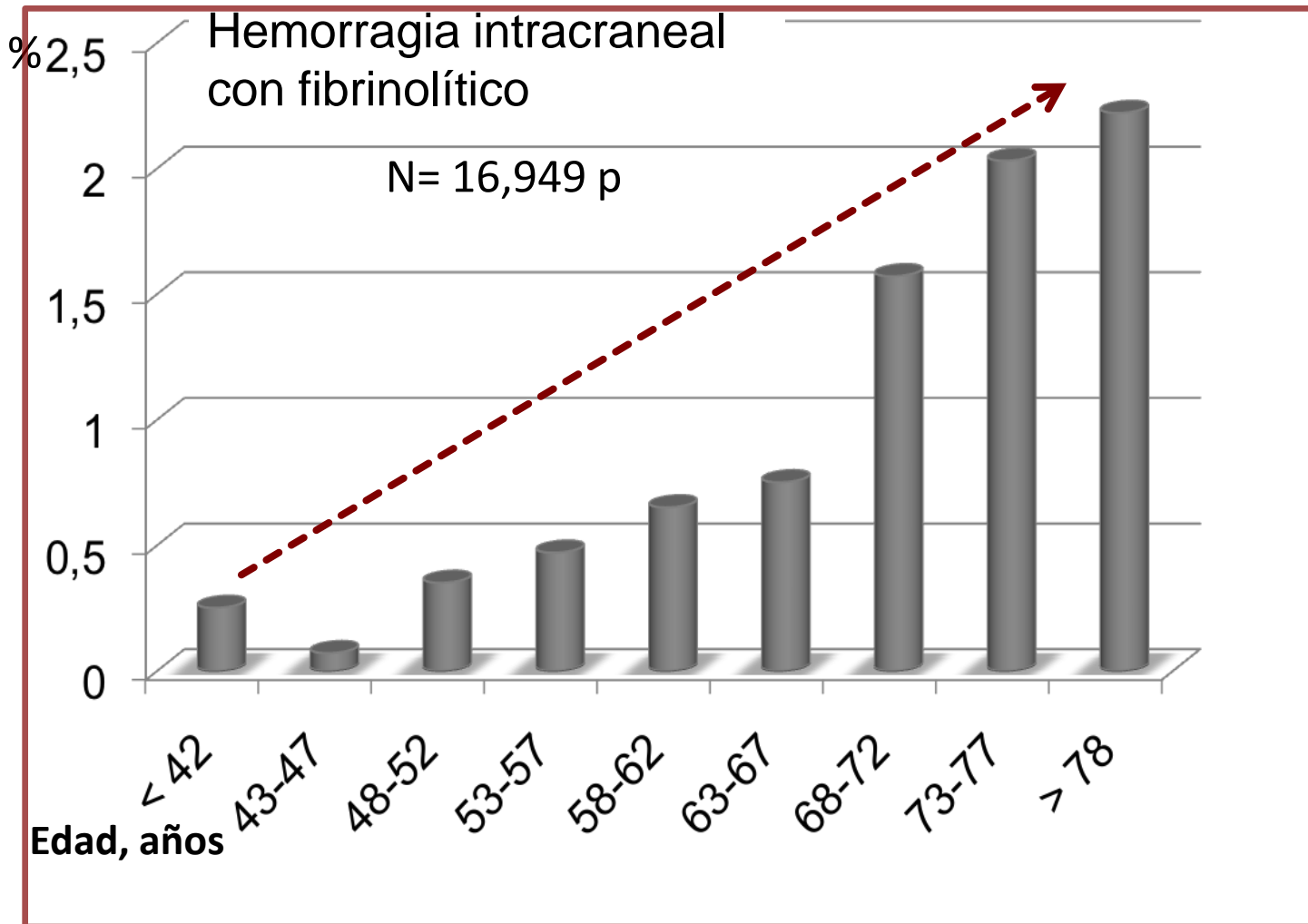
■ PCI ■ Fibrinolysis



Elección de la estrategia de reperfusión

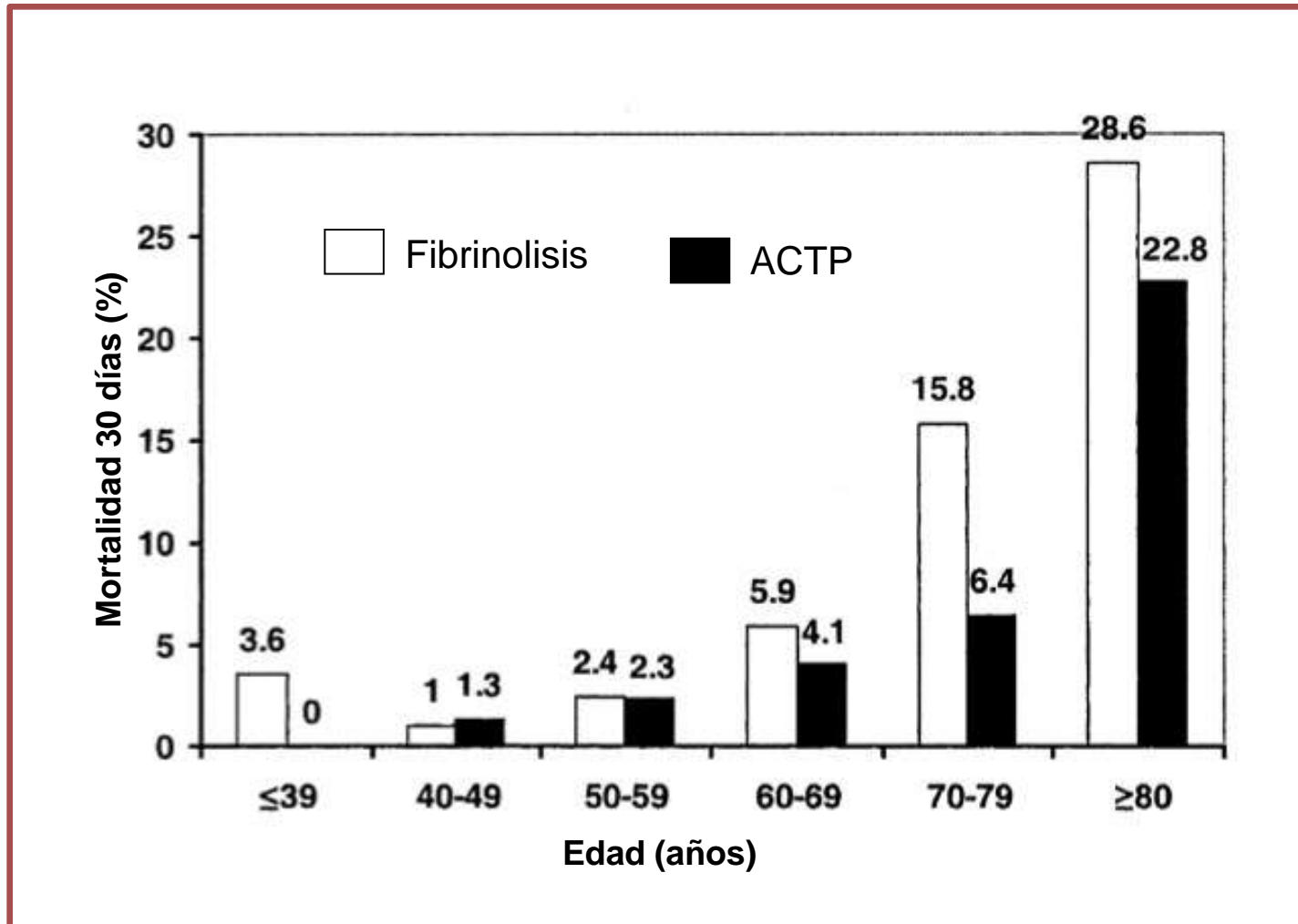
- **1) Precisión diagnóstica.**
- **2) Evaluación de riesgos.**
 - **Tipo de paciente.**
 - Contraindicaciones Fibri/Riesgo hemorrágico.
 - Edad /comorbilidad.
 - **Riesgo del infarto.**
 - t de evolución de los síntomas.
 - Localización.
 - Situación clínica.
 - **Opciones del tratamiento.**
 - Fibrinolisis: reoclusión y falta de eficacia.
 - ACTP 1ª: retraso.

¿Qué hacemos con el anciano?



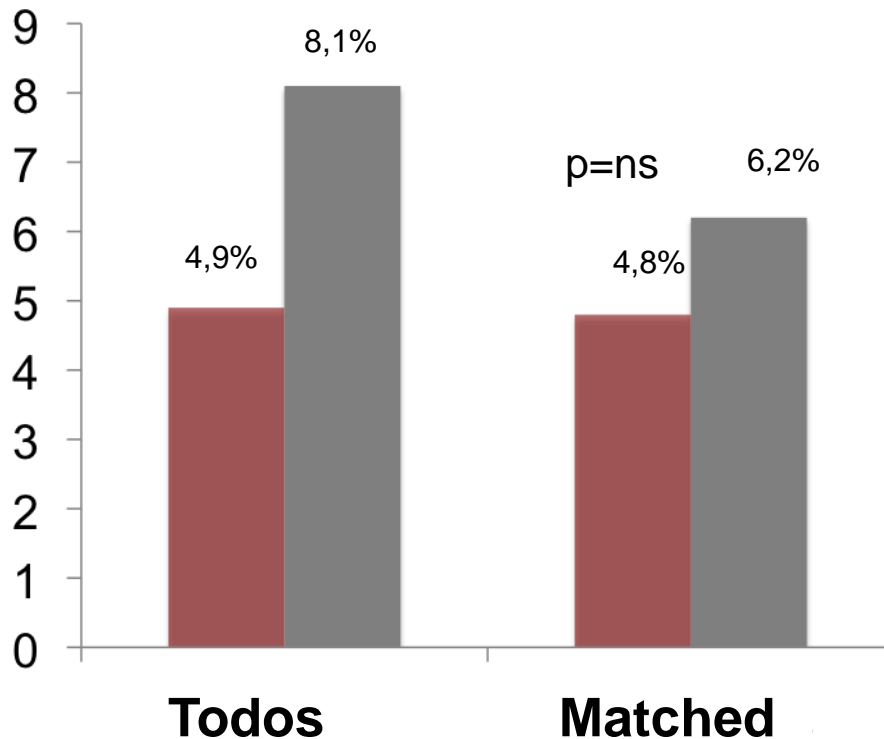
Van de Werf F et al. Eur Heart J 2001; 22: 2253.

¿Qué hacemos con el anciano?



El tipo de paciente

Mortalidad



TrasIPCI Fibrinolisis

Pinto D S et al. Circulation 2011;124:2512.

Registro NRMI

Todos:

PCI: 11,662 ptes

Fibrinolisis: 95,366

Matched:

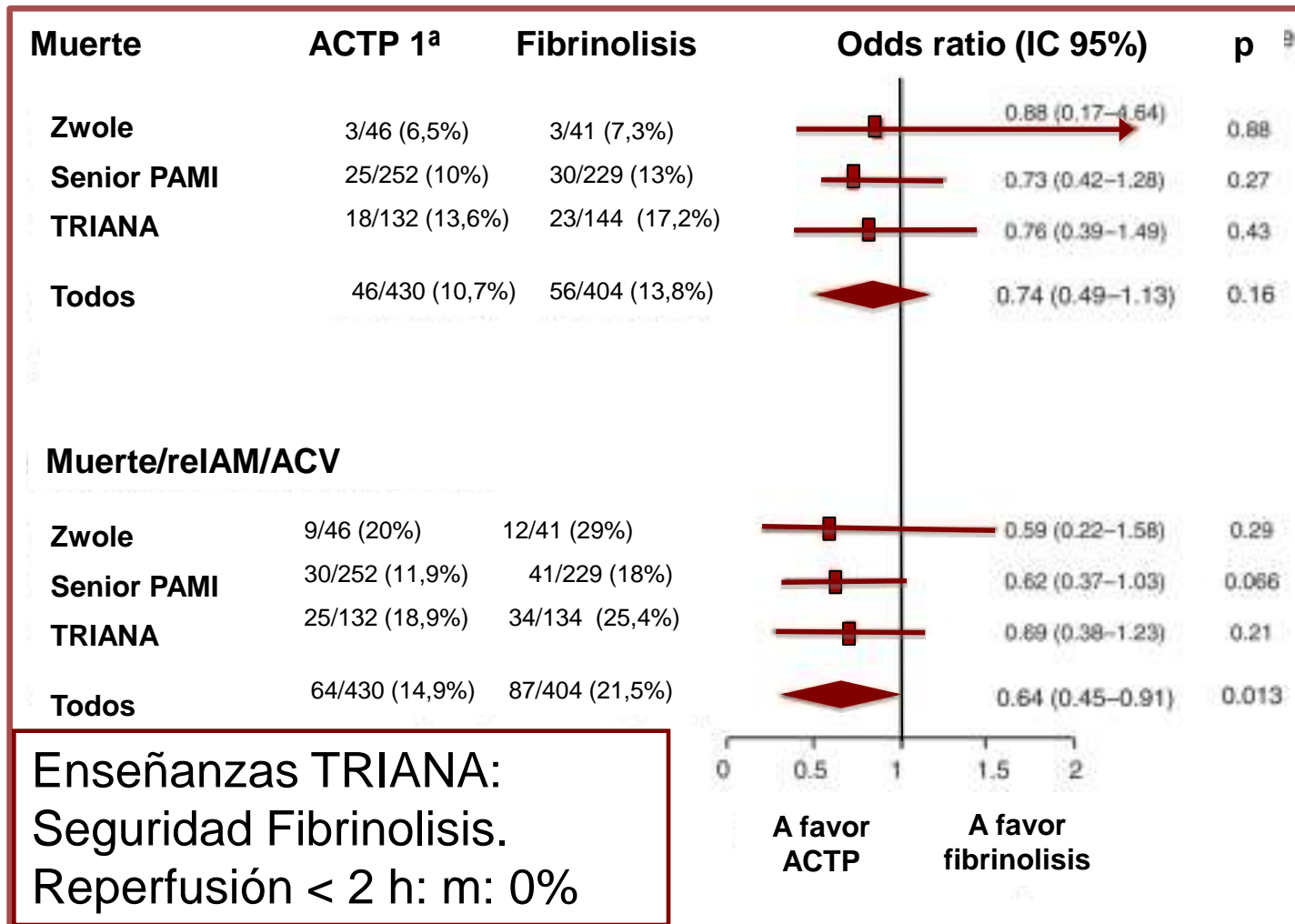
PCI: 9,506 ptes

Fibrinolisis: 9,506

El beneficio del traslado para ACTP 1^a fue mayor:

- >65 años
- > t de evolución síntomas
- > riesgo TIMI

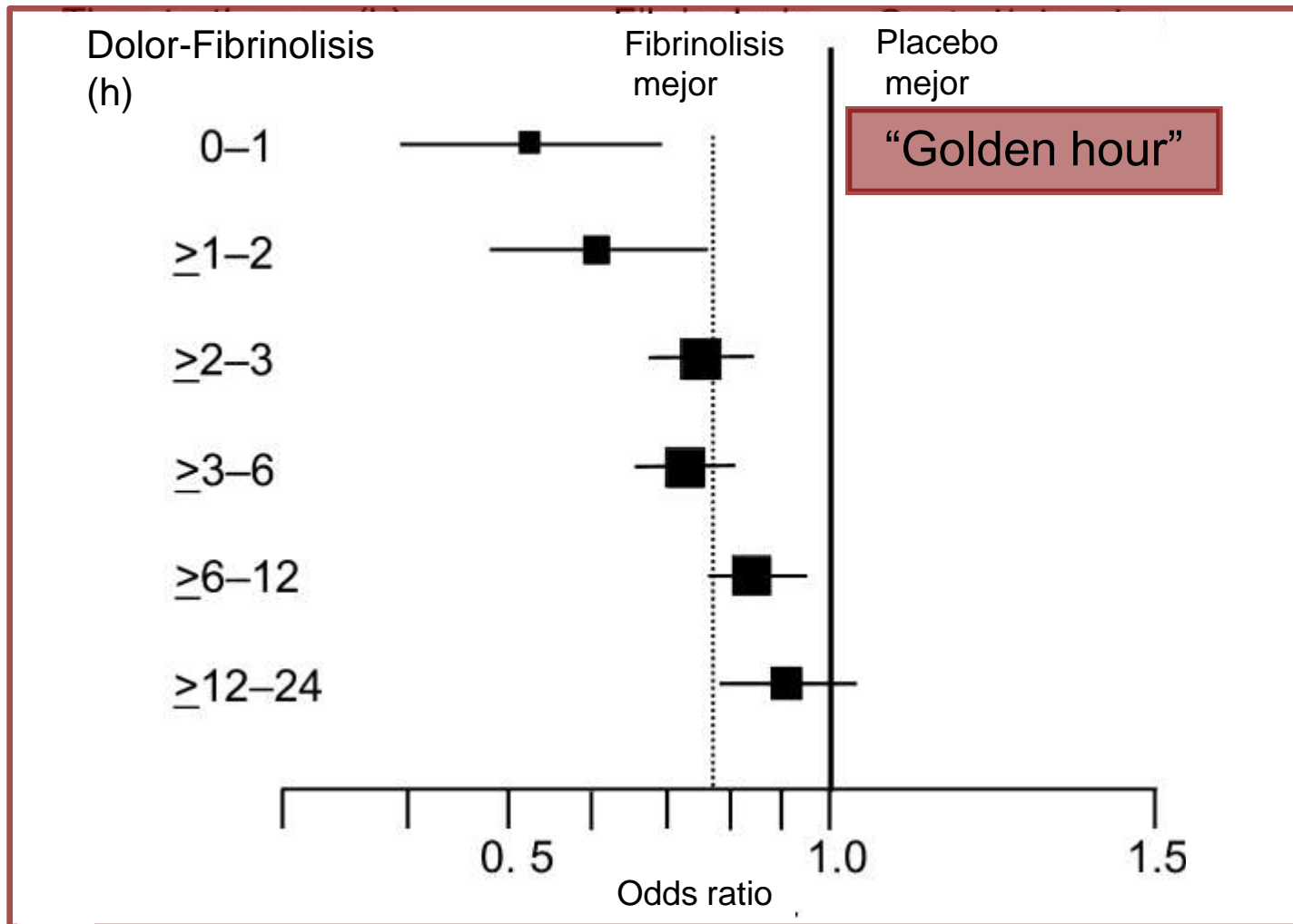
¿Qué hacemos con el anciano?



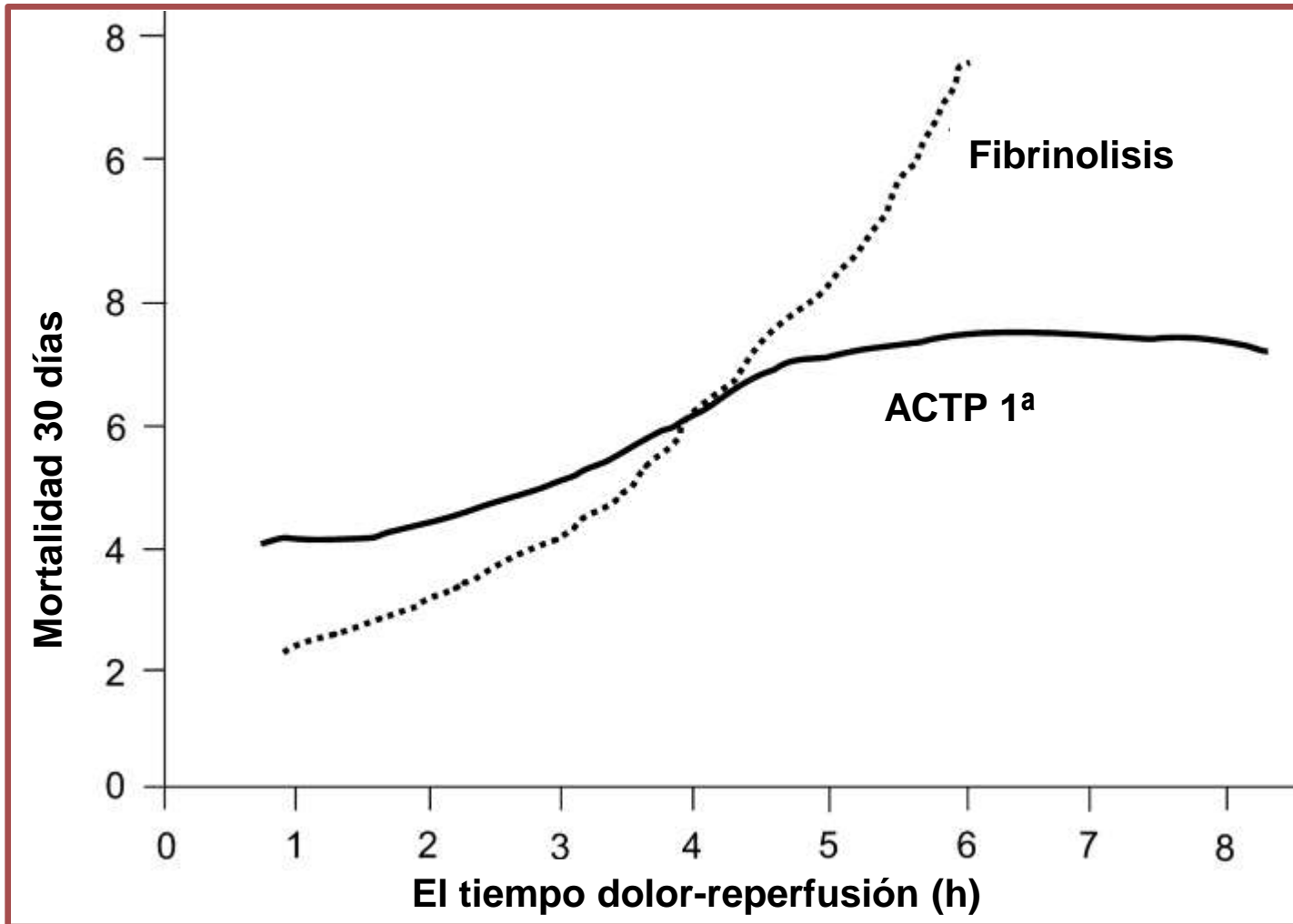
Elección de la estrategia de reperfusión

- **1) Precisión diagnóstica.**
- **2) Evaluación de riesgos.**
 - **Tipo de paciente.**
 - **Riesgo del infarto.**
 - t de evolución de los síntomas.
 - Localización.
 - Situación clínica.
 - **Opciones del tratamiento.**
 - Fibrinolisis: reoclusión y falta de eficacia.
 - ACTP 1ª: retraso.

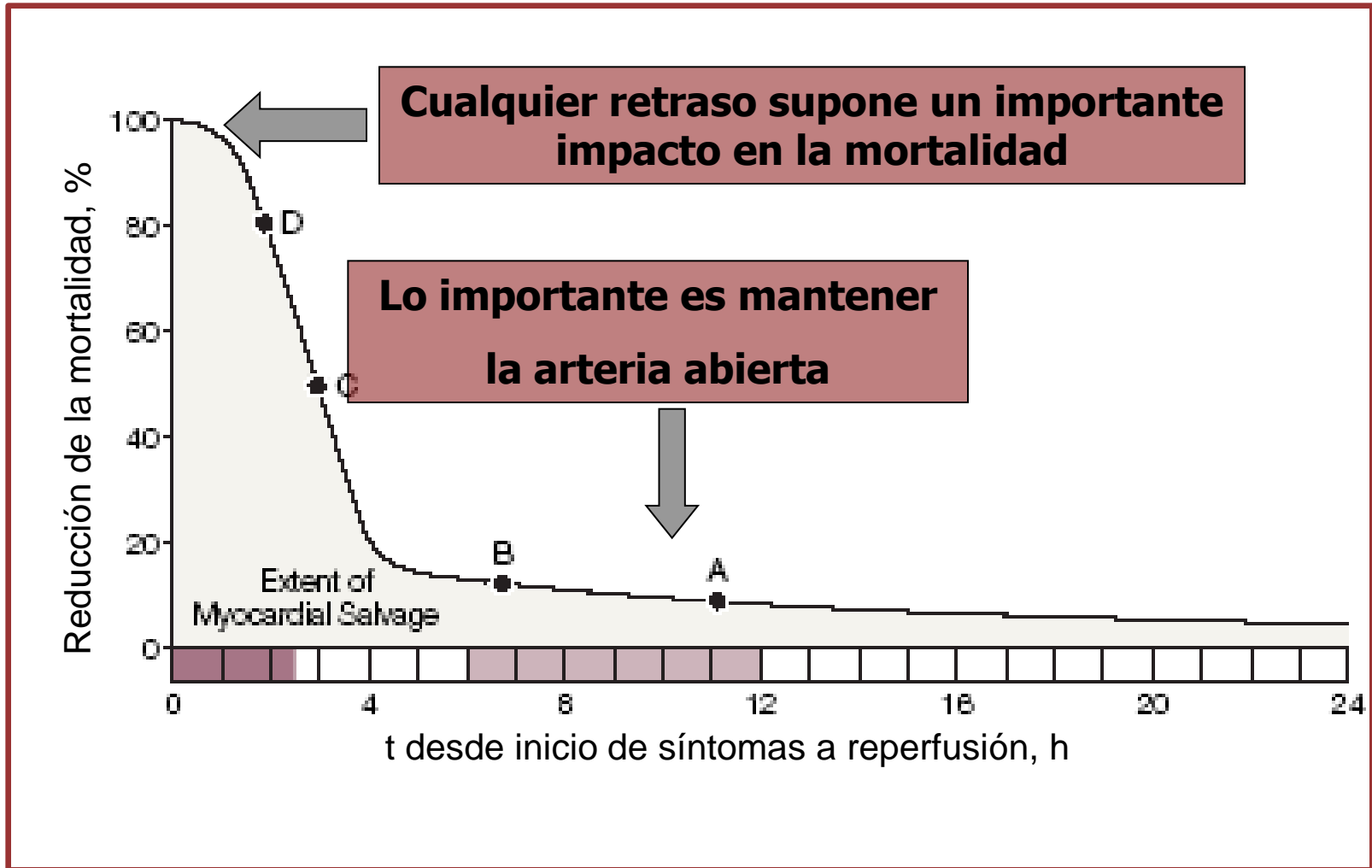
Tiempo de evolución de los síntomas



Tiempo de evolución de los síntomas

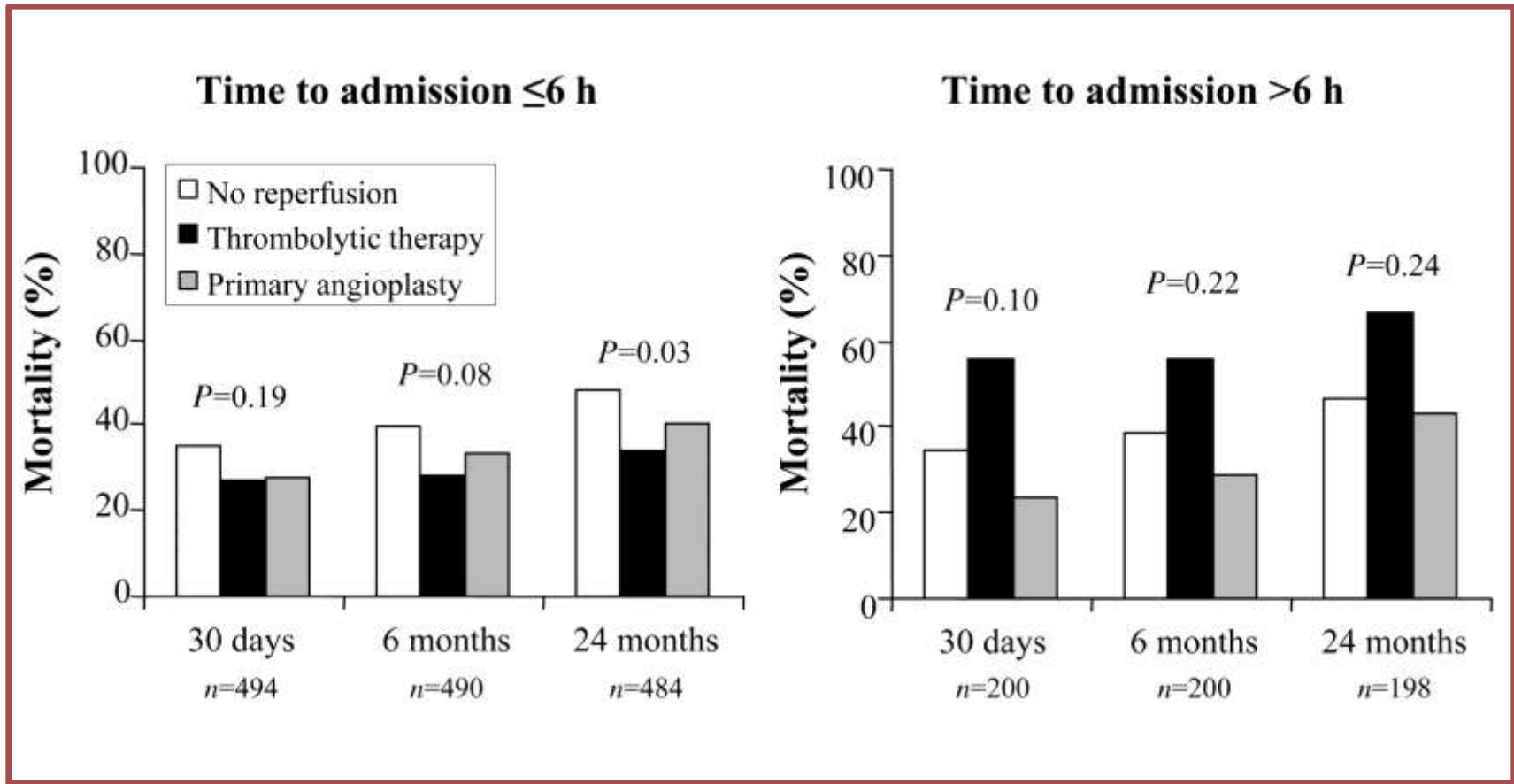


Tiempo de evolución de los síntomas



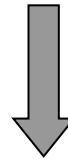
Tiempo de evolución de los síntomas

Registro PPRIMM75. Pacientes > 75 años



Situación clínica del paciente

- Inestabilidad eléctrica.
 - Killip III-IV.



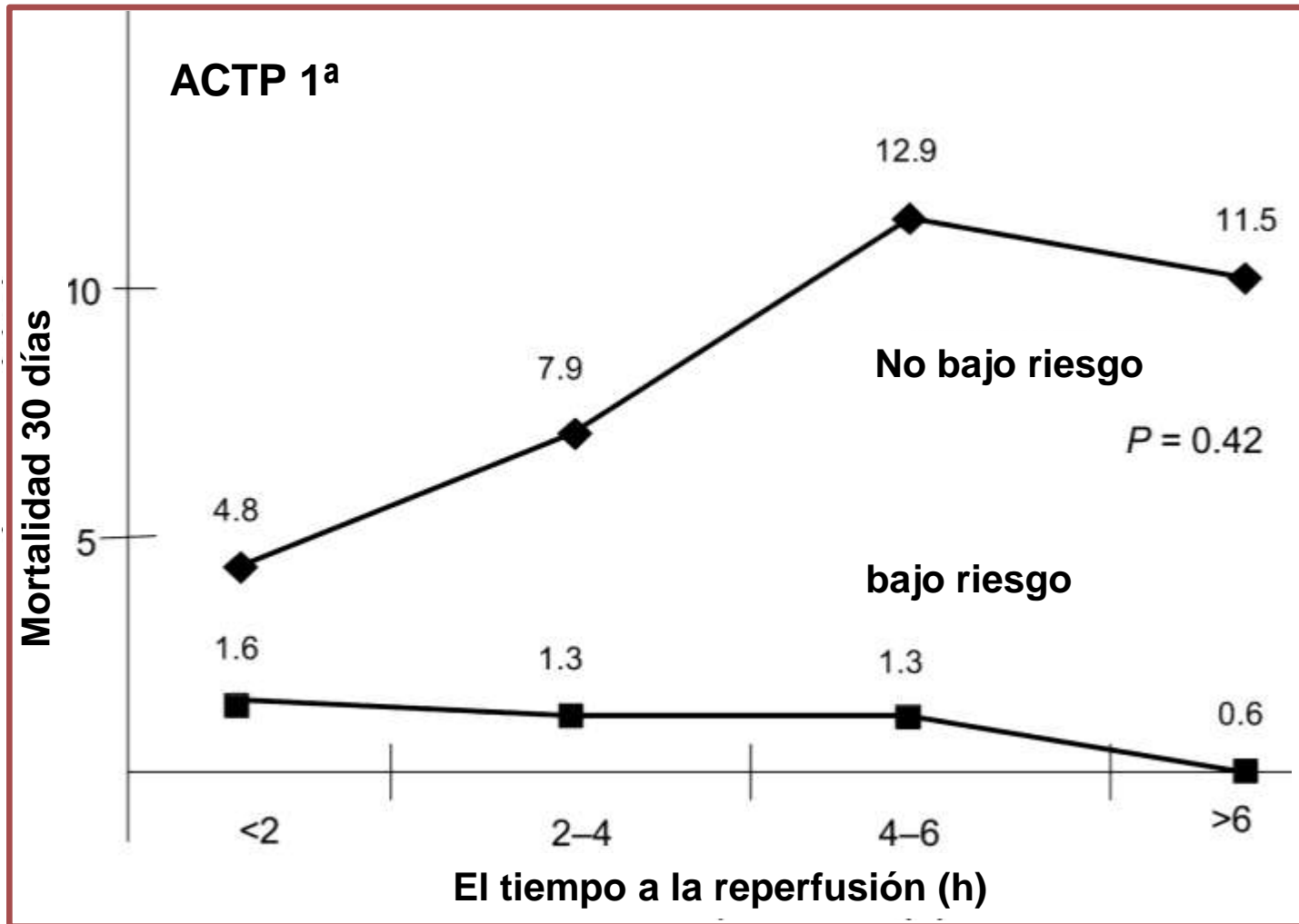
ACTP 1^a

Excepto:
retraso en 1^a y
presentación precoz.

Pacientes no incluidos en ensayos.

Estudio AIR-PAMI- falta de reclutamiento.

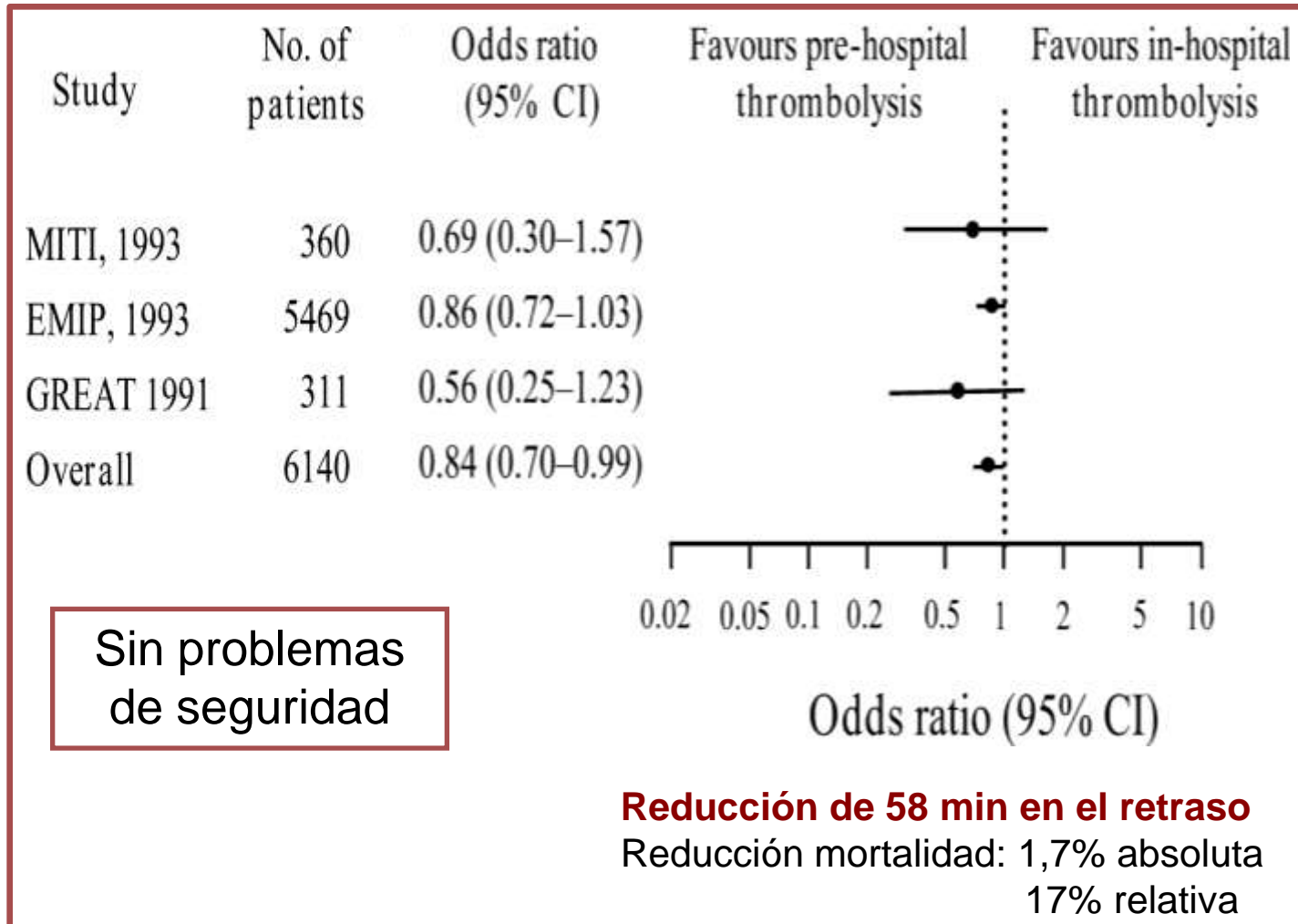
Riesgo del infarto



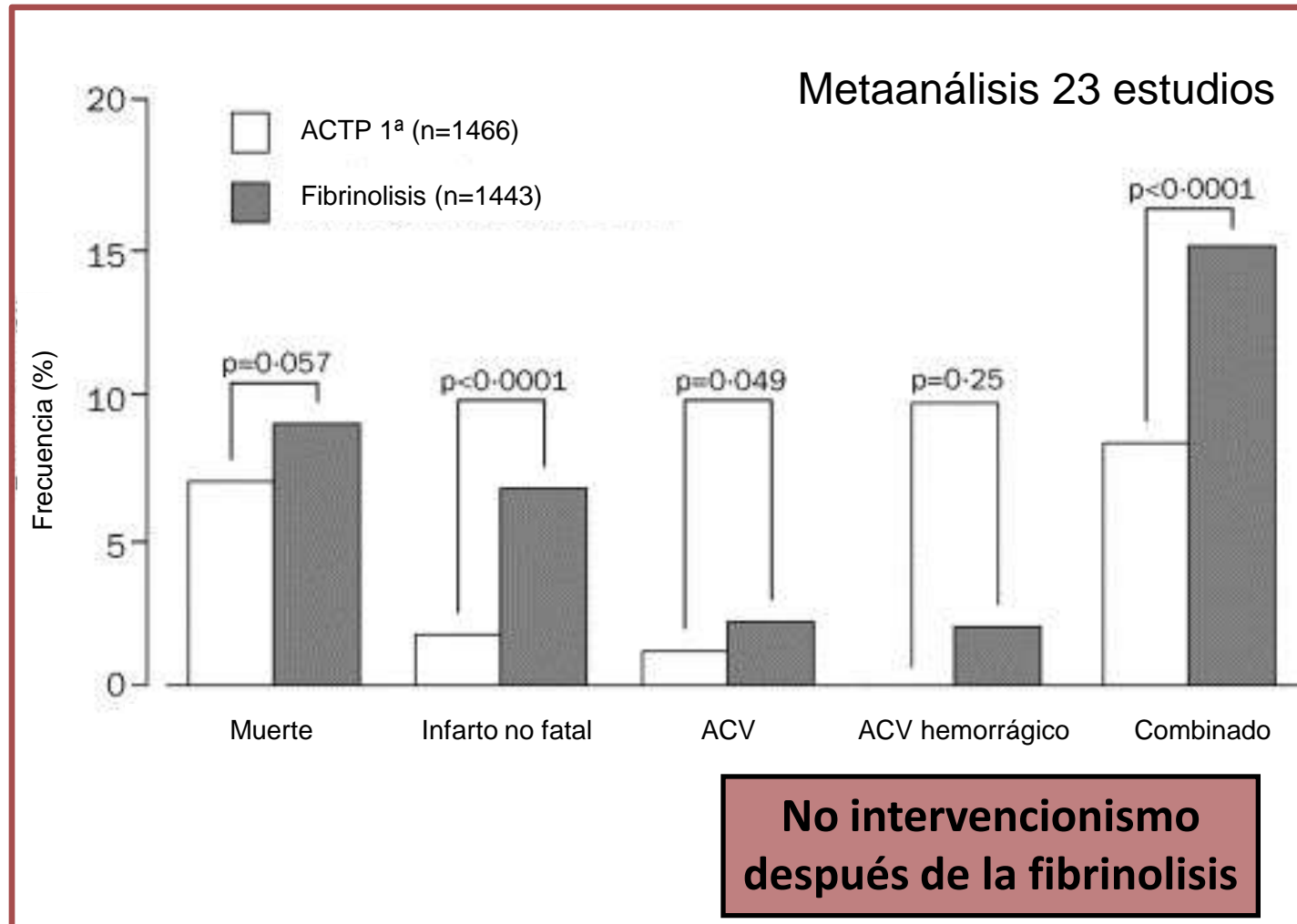
Elección de la estrategia de reperfusión

- **1) Precisión diagnóstica.**
- **2) Evaluación de riesgos.**
 - **Tipo de paciente.**
 - **Riesgo del infarto.**
- **Opciones del tratamiento.**
 - Fibrinólisis: reoclusión y falta de eficacia.
 - ACTP 1ª: retraso.

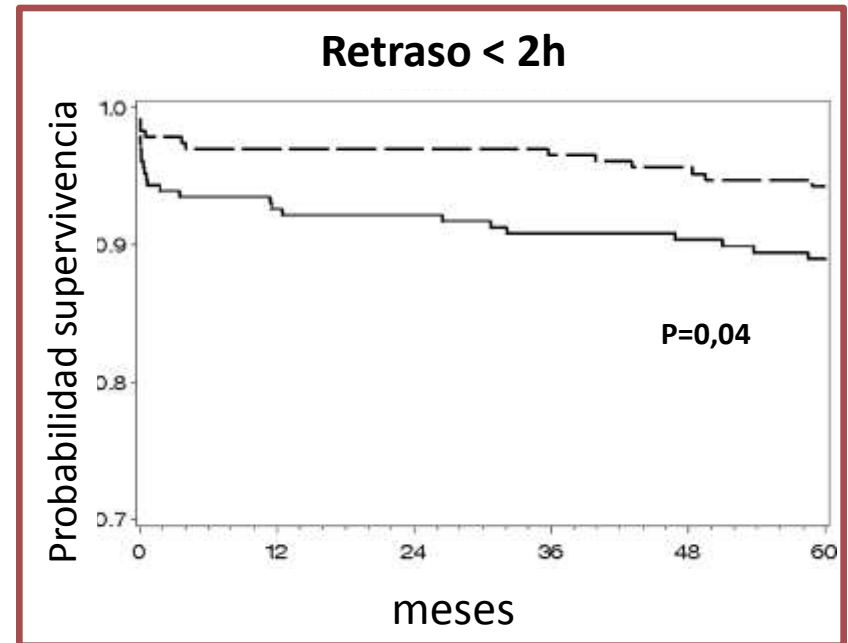
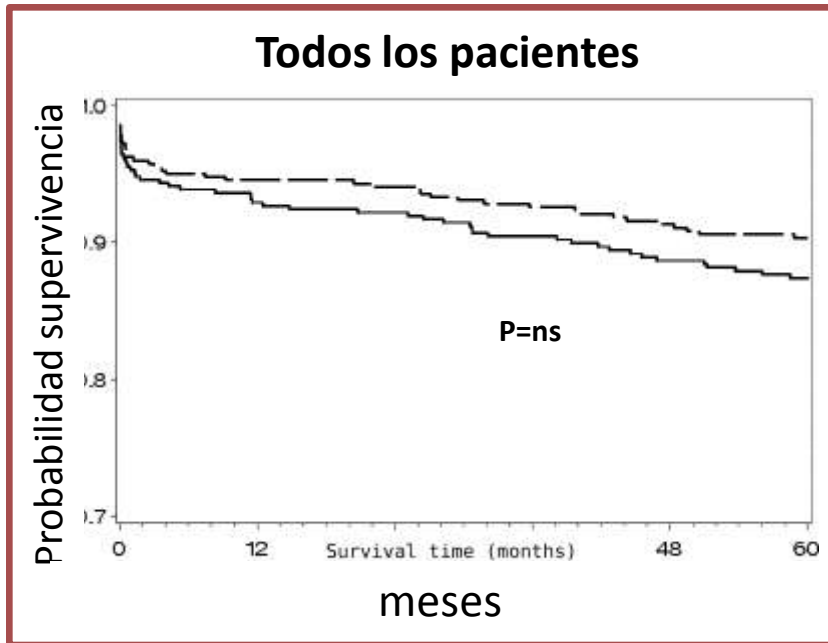
Fibrinolisis prehospitalaria



Fibrinolisis vs ACTP primaria

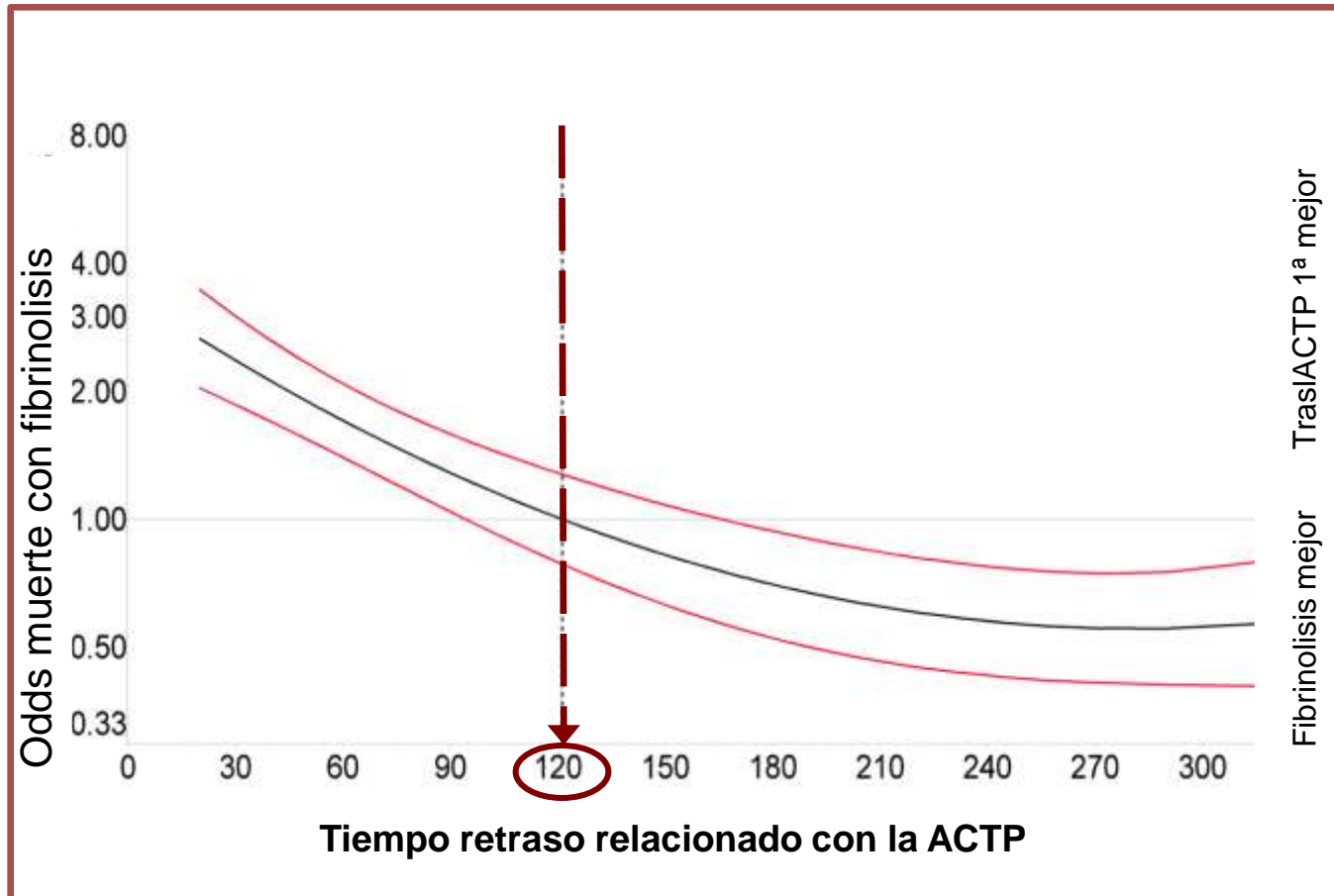


Fibrinolisis preH vs traslado para ACTP 1ª



--- Fibrinolisis — ACTP 1ª

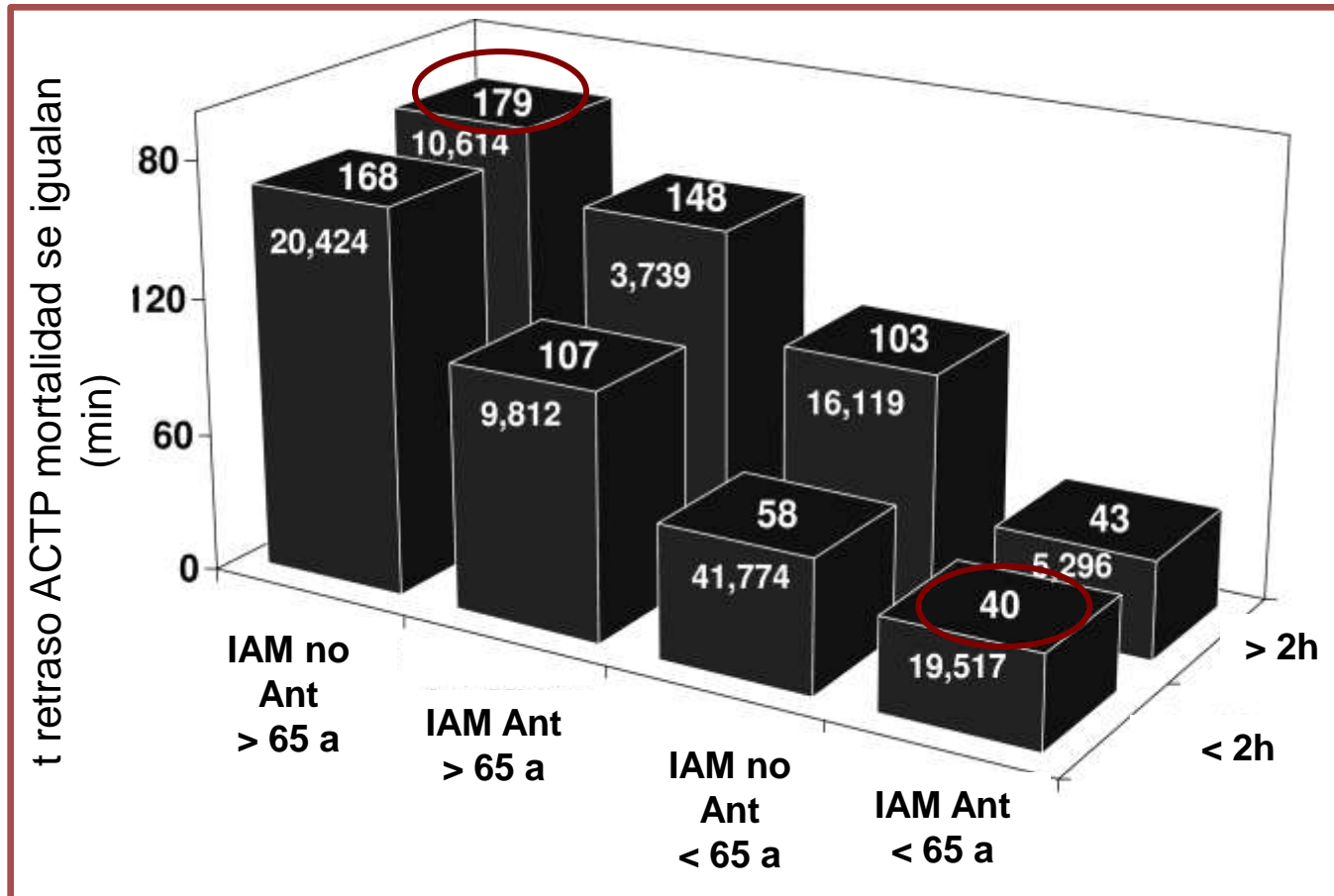
Retraso relacionado con ACTP 1ª



Registro NRM1
19,000 ptes

t retraso relacionado con ACTP 1ª = t en hacer ACTP 1ª - t en administrar fibrinolis

Retraso relacionado con ACTP 1ª



Registro NRM
192,509 ptes

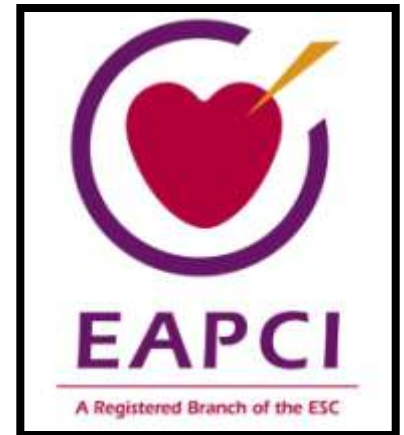
“Stent for life en España”



Objetivos:

Aumentar tasa general de reperfusión.

Mejorar el acceso a ACTP 1ª.



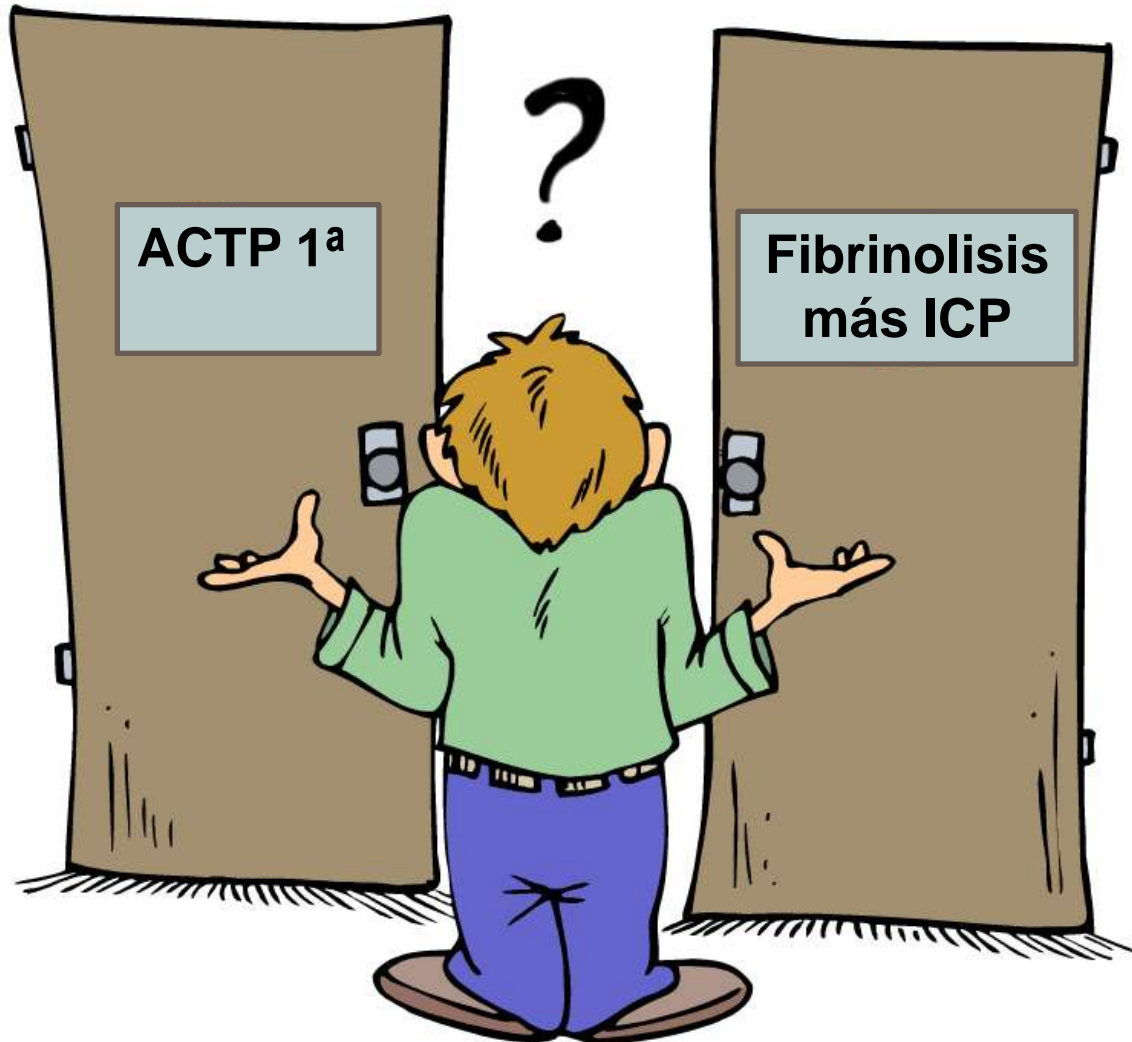
Planes regionales de reperfusion



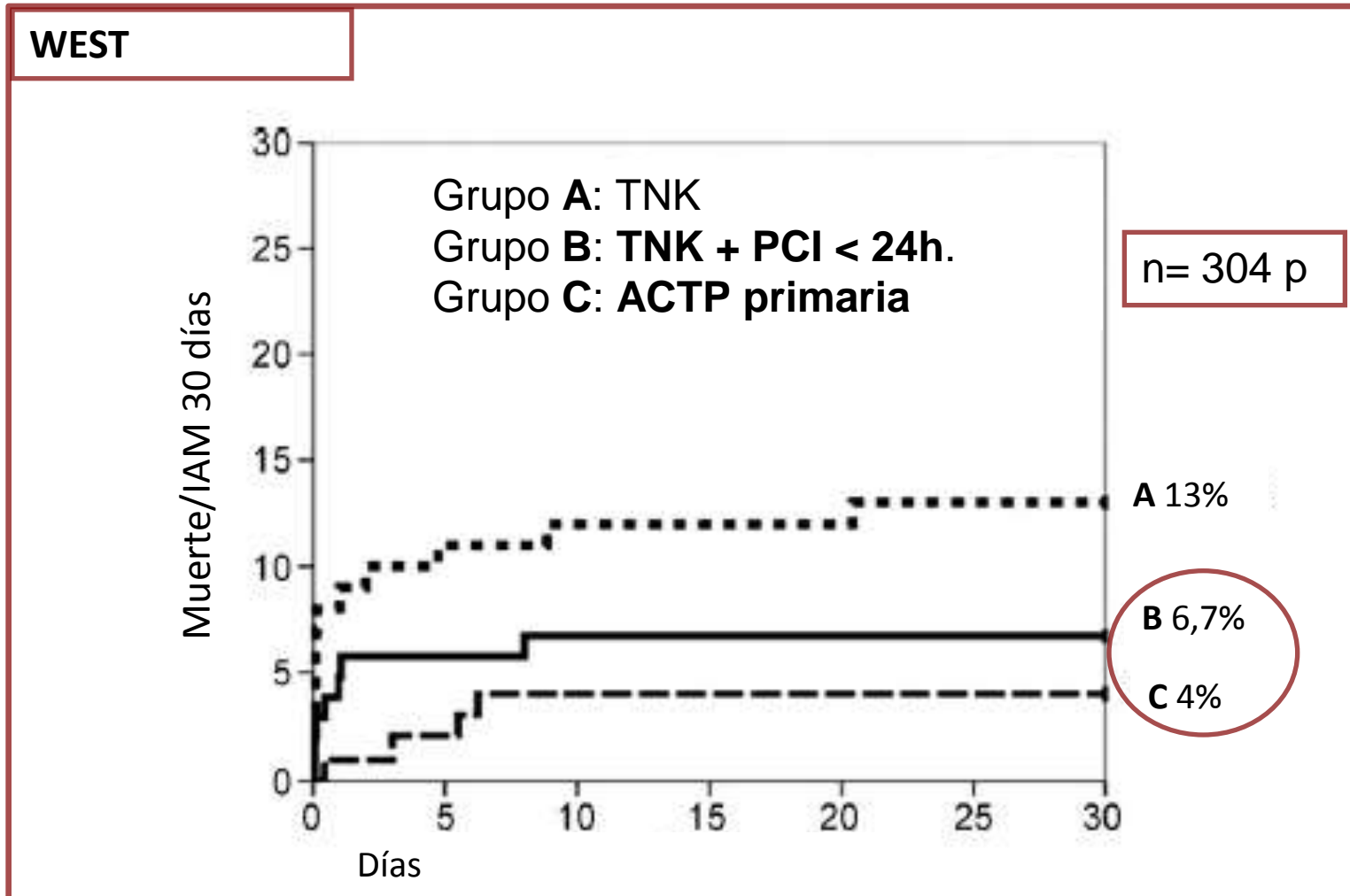
Planes regionales de reperfusión

- **Difusión de las guías.**
- **Elección adecuada de la reperfusión.**
- **Aumento del número de pacientes reperfundidos.**
- **Disminución de la demora en la reperfusión.**

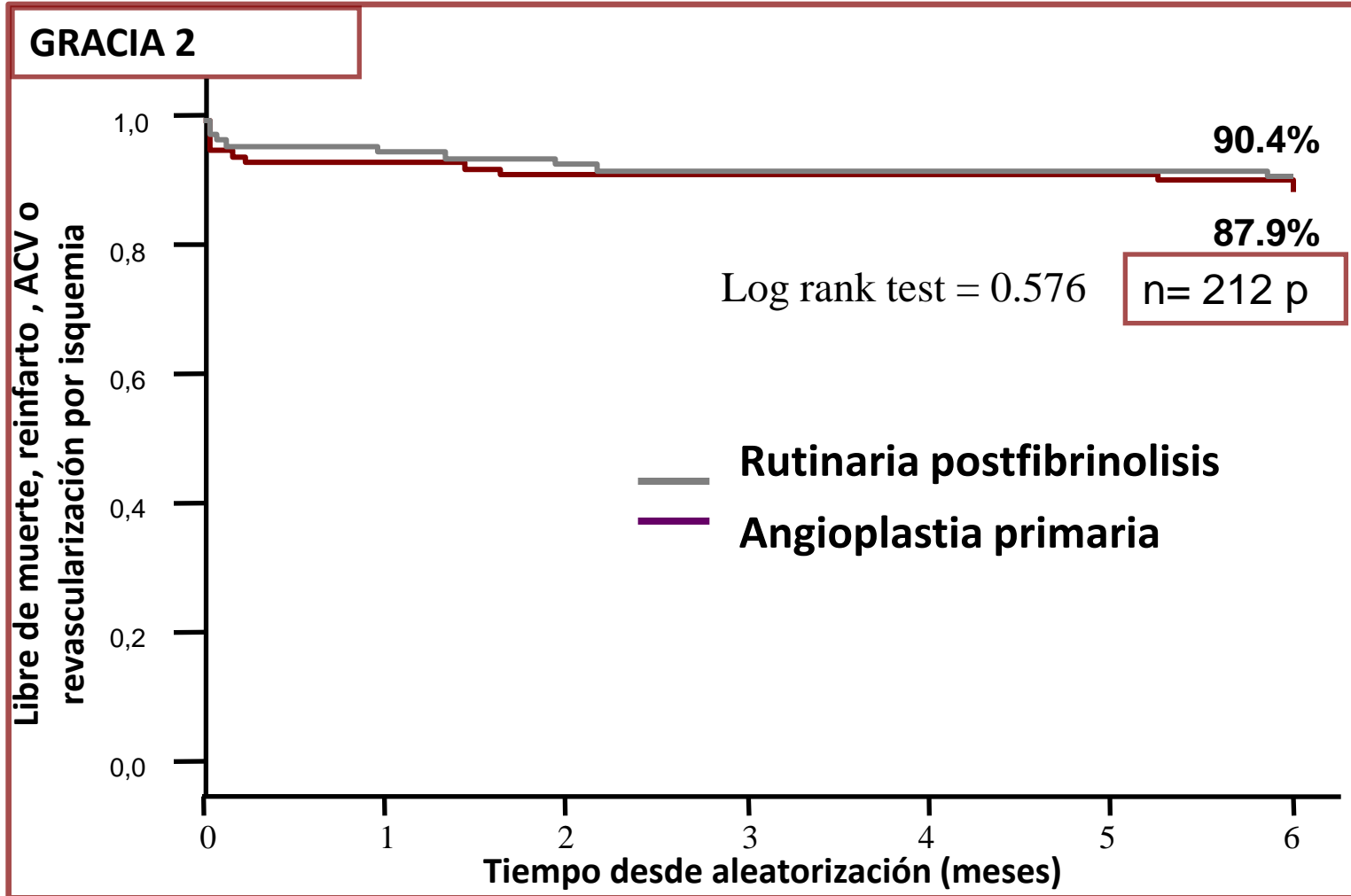
Elección de la estrategia de reperfusión



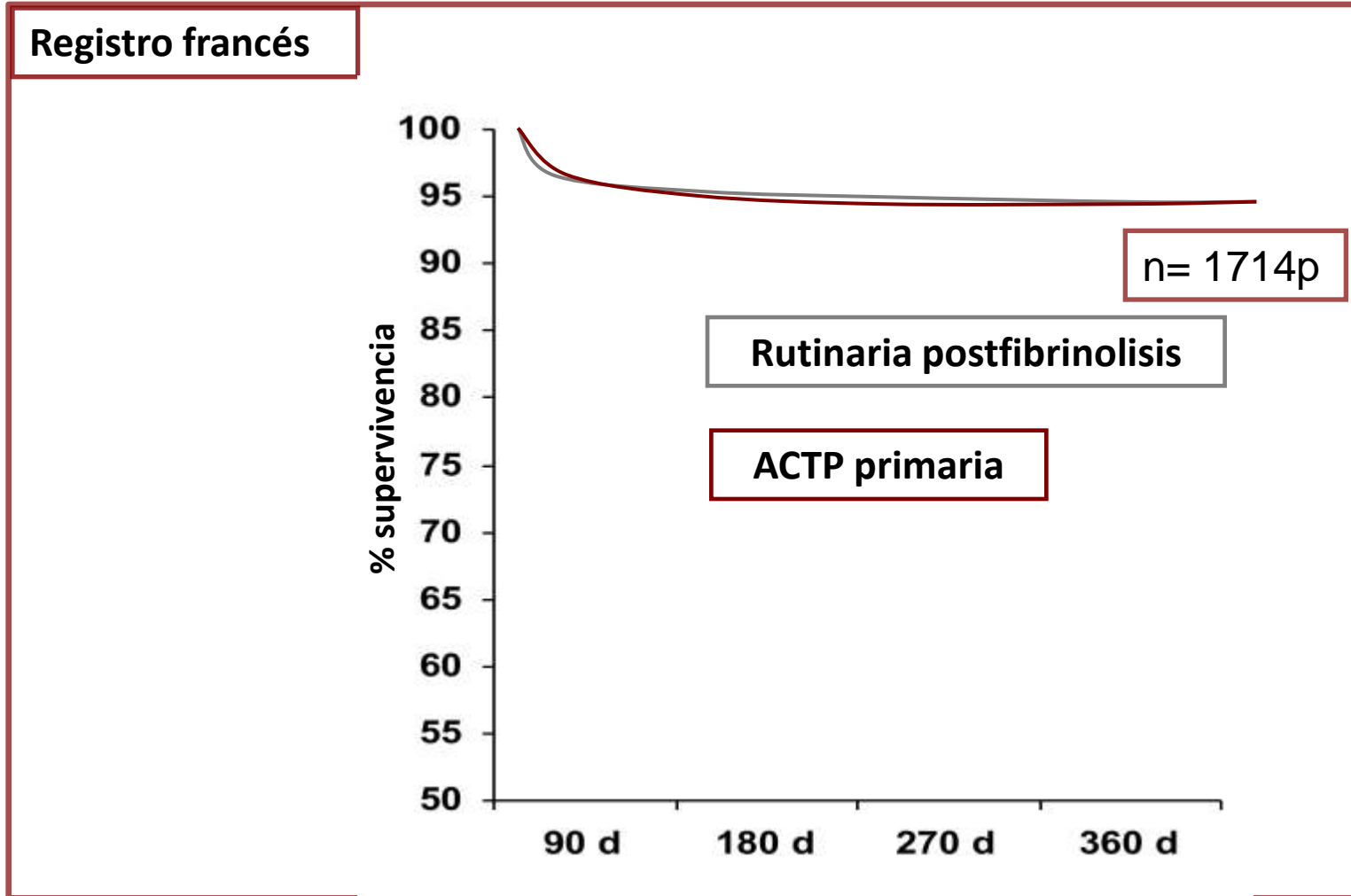
¿ACTP “rutinaria” es equiparable a ACTP 1ª?



¿ACTP “rutinaria” es equiparable a ACTP 1ª?



¿ACTP “rutinaria” es equiparable a ACTP 1ª?



¿ACTP “rutinaria” es equiparable a ACTP 1ª?

GRACIA 4



SCACEST < 12 h

Aleatorización

ACTP 1ª

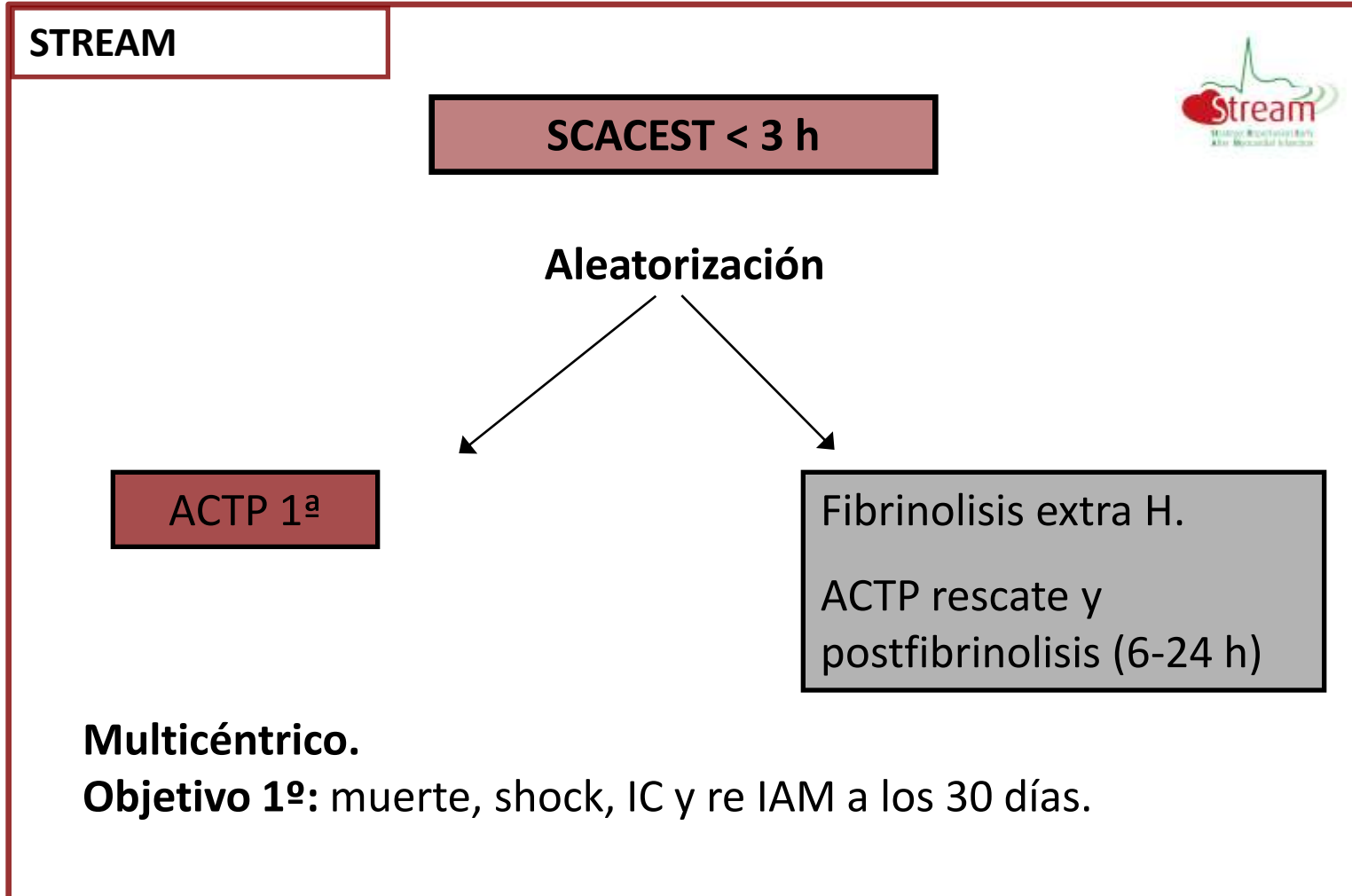
ACTP postfibrinólisis

Rescate o cateterismo a
la mañana siguiente.

Multicéntrico.

Objetivo 1º: muerte, reinfarto, nueva revascularización, rehospitalización de causa cardíaca o hemorragia grave.

¿ACTP “rutinaria” es equiparable a ACTP 1ª?



Trabajemos juntos



Conclusiones

- Esfuerzo por aumentar el número de pacientes reperfundidos.
- Aumentar la accesibilidad a la ACTP 1ª.
- Disminuir la demora.
- La fibrinólisis efectiva **no es el último paso** en el tratamiento.
- La ACTP “rutinaria” podría ser comparable a la ACTP 1ª con una mayor accesibilidad.
- Unificación de programas de reperfusión.

Muchas gracias

www.icicor.es

Carolina Hernández Luis.
Unidad Coronaria. H. Clínico de Valladolid.