



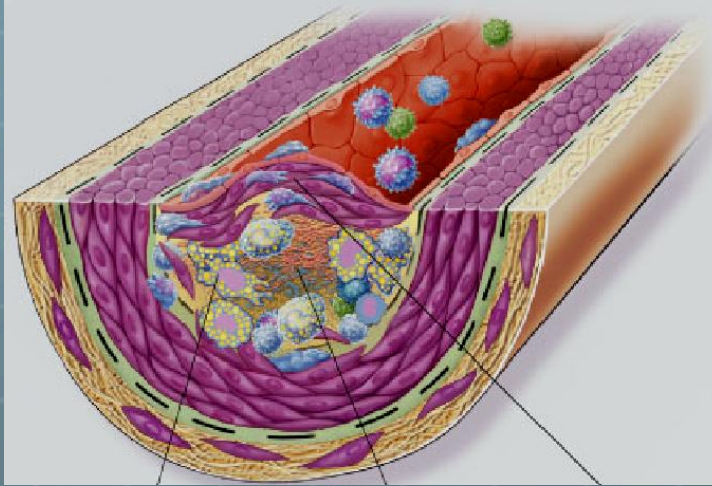
Síndrome Coronario Agudo con SDST.

Jornadas de Medicina Interna Hospital San Juan de Dios.

Dr. Diego Godoy Vatteone
Cardiólogo Hospital San Juan de Dios.

Situación actual

26% de todas las muertes en Latino América
son causadas por Enfermedades
Cardiovasculares



Placa estable.

Células
espumosa
s

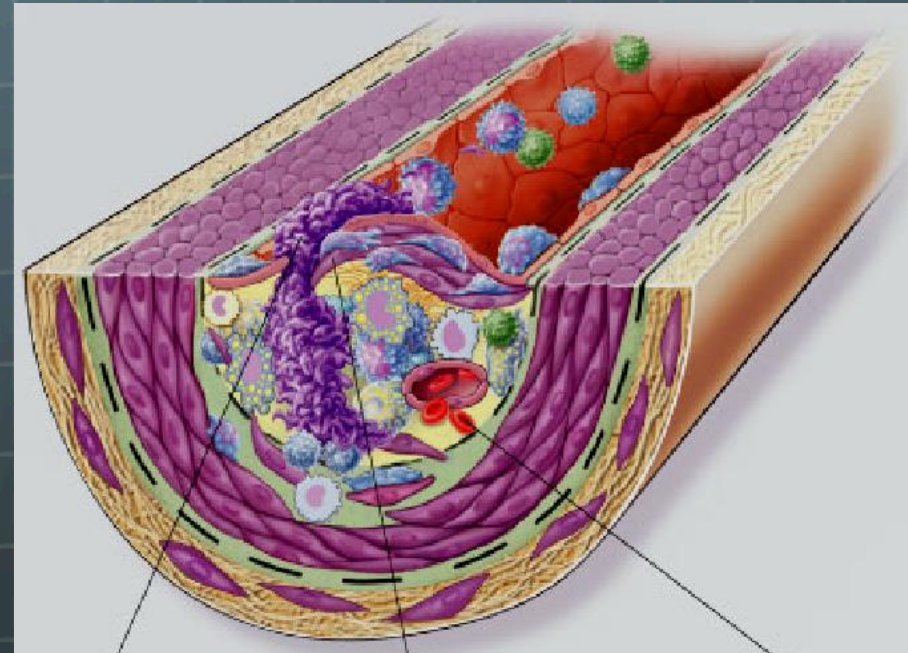
Migración
de
músculo
liso

Acumulación
de
macrófagos

Formación
de
centro
necrótico

Formación de
capa fibrosa

Placa inestable.



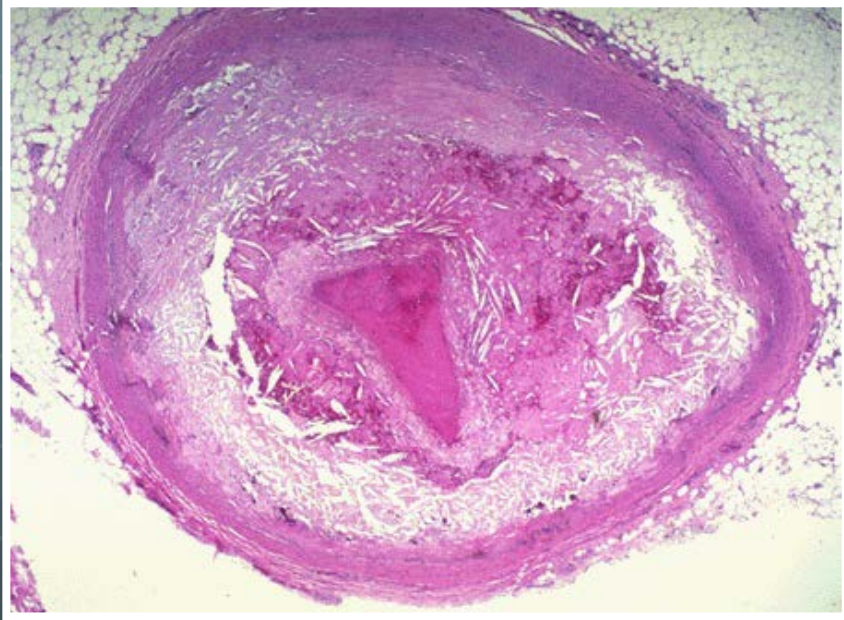
Ruptura
de la placa

Adelgazamiento
de la placa fibrosa

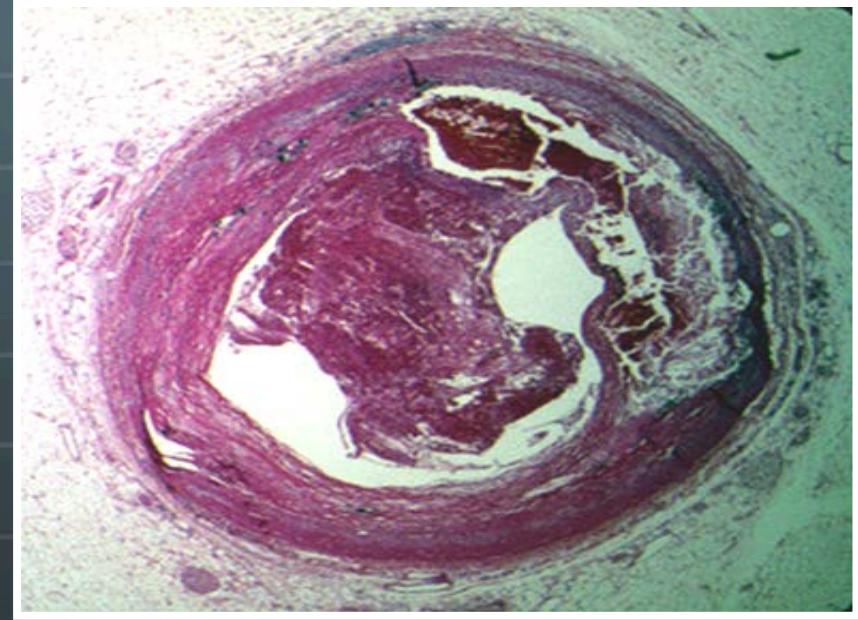
Hemorragia de los
vasos de la placa

SCA - Fisiopatología

Manifestación clínica




Obstrucción total
IAM con supra



Obstrucción parcial
AI / IAM sin supra

PACIENTE CON DOLOR TORACICO.

Abordaje inicial

- ♥ Oxígeno / Acceso Venoso / Monitor (PA / ECG / Sat O₂)
- ♥ Historia y EF orientados
 - ♥ Características del dolor / factores de riesgo
 - ♥ Examen cardíaco y pulmonar
 - ♥ Pulsos periféricos
- ♥ MONA 
- ♥ Marcadores de necrosis, coagulación, Hb, plaquetas
- ♥ ECG de 12 derivaciones (+ V₃R, V₄R y V₇,V₈)
- ♥ RX tórax

Evaluar el ECG inicial de 12 derivaciones

Elevación de ST o BRI nuevo o,
supuestamente nuevo

SCA con supraST
(IAM con supra)

Depresión de ST o inversión dinámica de
onda T

SCA sin supraST
(AI/IAM sin supra)

Normal o cambios no
diagnósticos en
segmento ST o T

SCA sin supra
(AI/IAM sin supra)

**Clasifique los pacientes con dolor torácico agudo
en uno de los tres grupos anteriores**

Manejo Inicial.

- ♥ **M**orfina IV
- ♥ **O**xígeno – 4 L/min
- ♥ **N**itroglicerina o **N**itrato
- ♥ **AAS** 200 a 300 mg
- ♥ **β**-bloqueador
- ♥ **C**lopidogrel o Ticagrelor.
- ♥ **H**eparina

Antiagregación Plaquetaria

● Acido Acetil Salicilico.
□ mortalidad □ fibrinólisis (ISIS-2)

□ reinfarto no fatal

Efecto aditivo al fibrinolítico

Alergia (**única contraindicación absoluta**)

Asma y úlcera péptica

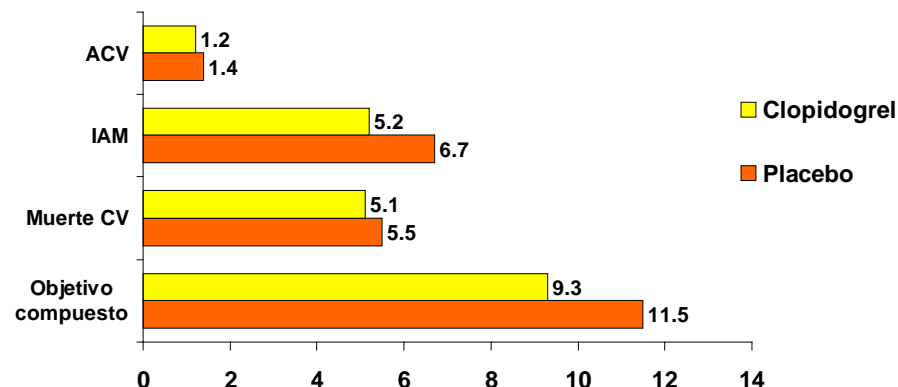
● Antagonista P2Y₁₂ (Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel)

□ agregación plaquetaria

□ mortalidad e IAM no fatal

□ isquemia y CRM

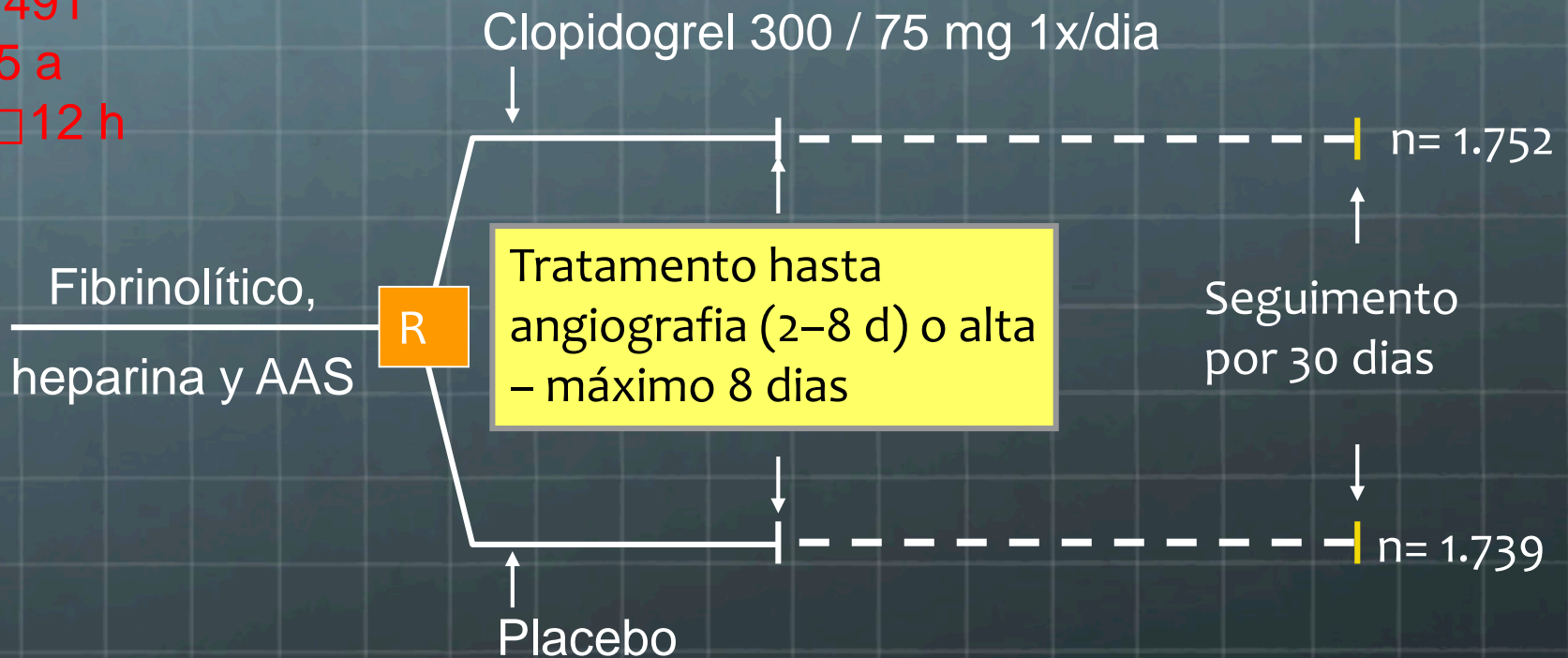
efecto aditivo a AAS (CURE)



Clopidogrel en IAM con supra

CLopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy (CLARITY)

N= 3.491
18–75 a
IAM < 12 h



Objetivo 1^{ario}: Flujo TIMI 0/1, muerte o reinfarto hasta la angiografía

Objetivo 2^{ario}: Muerte, IAM o AI a los 30 días

Resultados

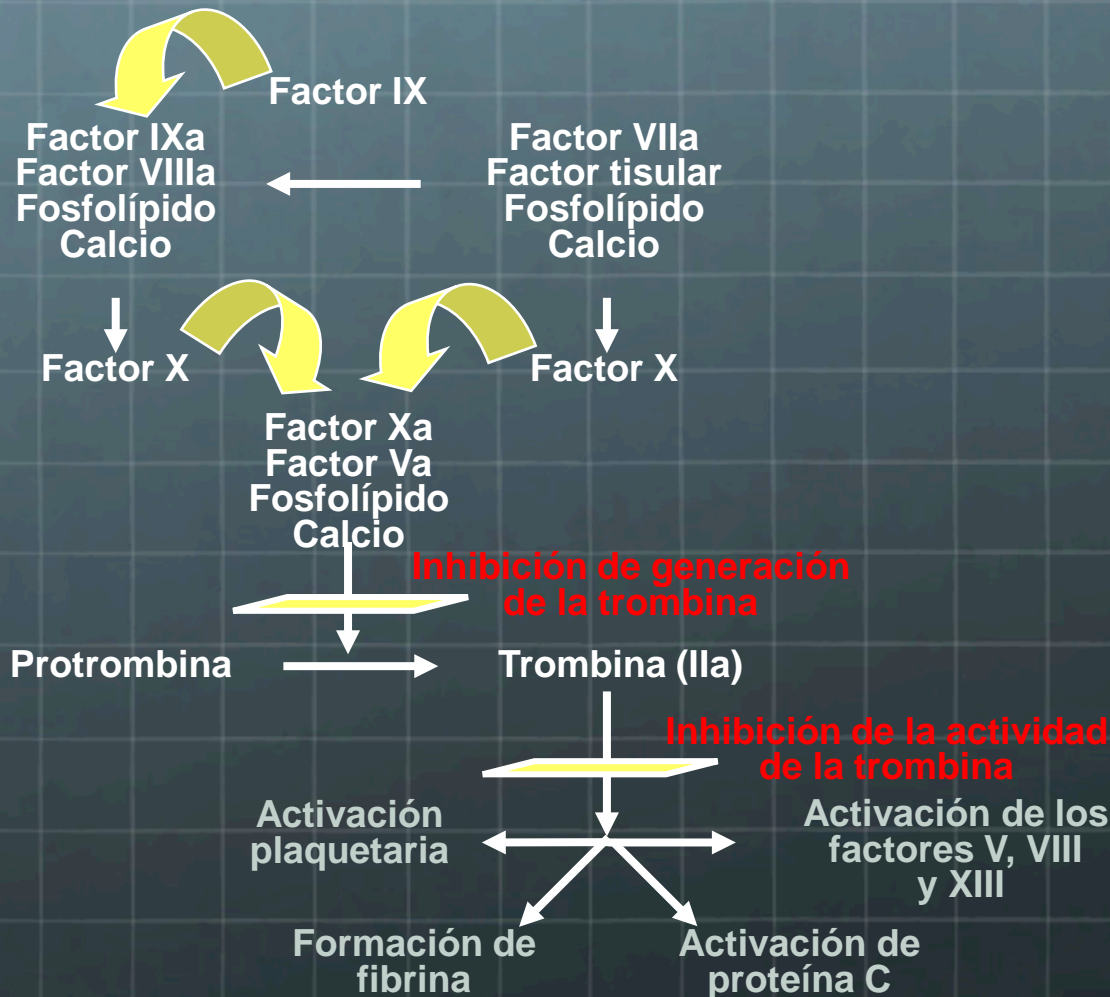
	Clopidogrel (n=1.752)	Placebo (n=1.739)	OR (IC 95%)	P
Objetivo 1^{ario} (%)				
FT o/1, IAM o muerte	15,0	21,7	0,64 (0,53–0,76)	<0,001
FT o/1	11,7	18,4	0,59 (0,48–0,72)	
IAM	2,5	3,6	0,70 (0,47–1,04)	
Morte	2,6	2,2	1,17 (0,75–1,82)	0,49
Objetivo 2^{ario} (%) – 30 d				
Muerte, IAM o AI	11,6	14,1	0,80 (0,65–0,97)	0,03
Sangrado (%)				
Mayor	1,3	1,1	1,2 (0,65–2,22)	0,64

Anticoagulación - Heparinas

Inhibe el factor Xa y IIa (trombina)

↓ formación de trombo en la placa rota

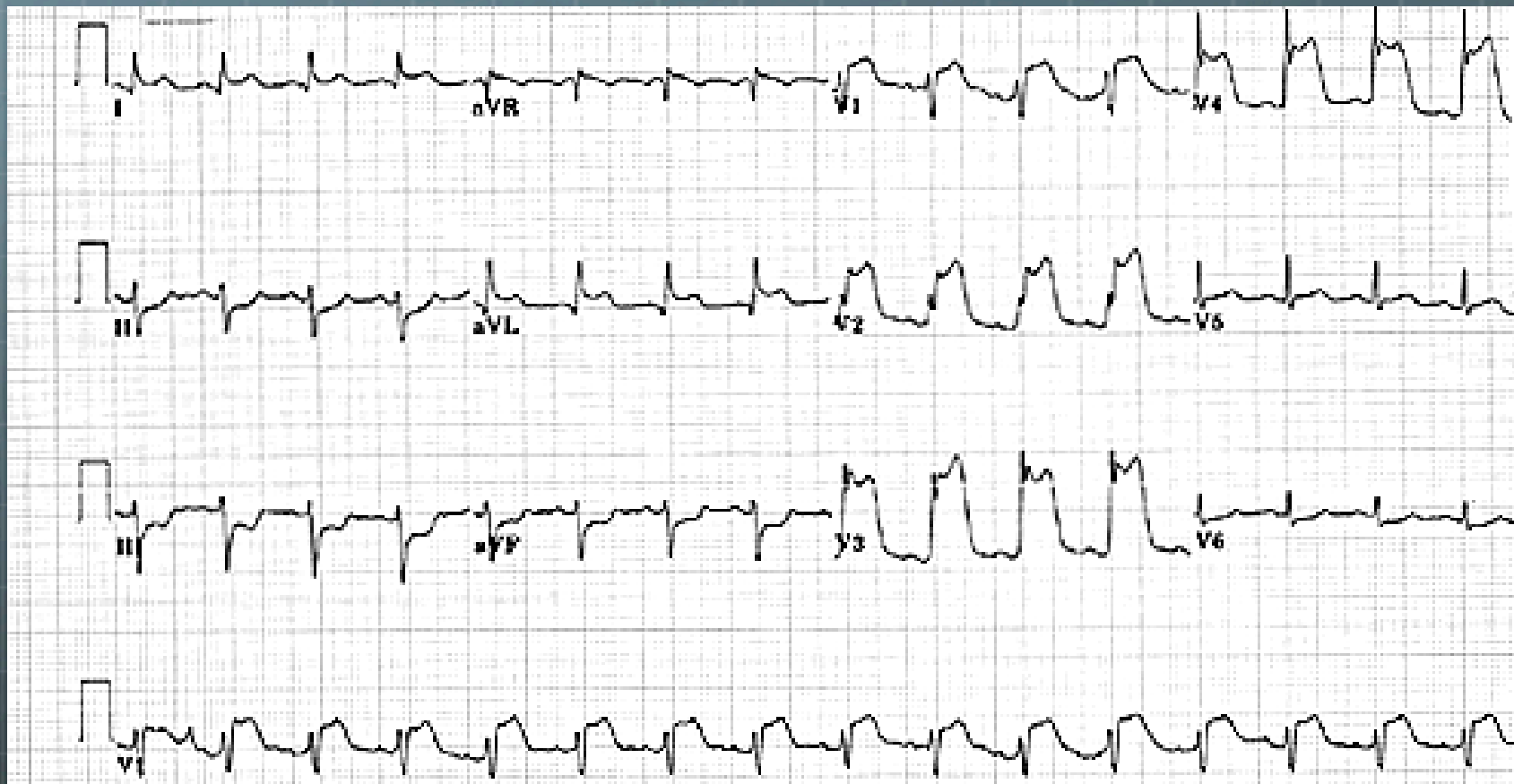
HBPM – Potencia de acción



Relación de actividad Anti Xa:IIa






HNF	1,0
Dalteparina	2,2
Nadroparina	3,6
Enoxaparina	3,9

INFARTO CON SDST



Que es lo primero que tengo que pensar??

Opciones:

-  Tratamiento médico?
-  Morfina hasta que ceda el dolor?
-  Traslado para que lo traten en otro centro?
-  Planificar test de esfuerzo?
-  Planificar estrategia de reperfusión ?

Angioplastia primaria

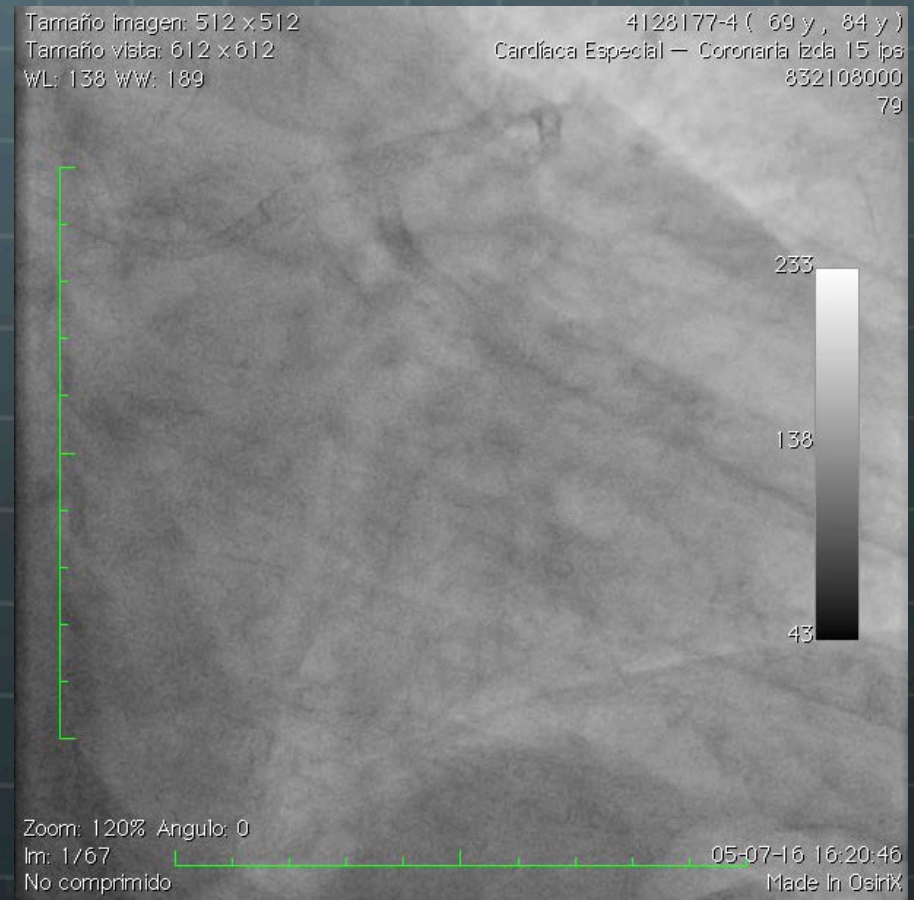
Presentación tardía (> 3 horas)

Centro con experiencia y soporte quirúrgico

Intervalo puerta-balón < 90 – 120 minutos

Intervalo “puerta-balón”–“puerta-aguja” < 60 min

Contraindicación a los fibrinolíticos
IAM de alto riesgo (IC, Killip ≥ 3)
Duda diagnóstica



Fibrinolíticos

♥ ¿Por qué?

- importante mortalidad

- tamaño del infarto

Preserva función ventricular

♥ ¿Cuándo?

Dolor torácico sugestivo de IAM < 12 h

Supra de ST □ 1 mm en □ 2 derivaciones contiguas

BRI nuevo o supuestamente nuevo

Sin límite de edad

En este escenario no hay indicación aprobada para prasugrel y ticagrelor

Objetivo: puerta – aguja < 30 min

♥ Contraindicaciones absolutas

ACV hemorrágico

ACV isquémico < 3 m

Neoplasia intracraneal

Malformación arterio-venosa cerebral

Trauma cerrado de cráneo o de cara < 3 m

Sangrado interno activo (excepto menstruación)

Sospecha de disección de aorta

♥ Contraindicaciones relativas

HTA > 180X110mmHg o historia de HTA grave mal controlada

AVC isquémico > 3 m u otras afecciones cerebrales

Uso actual de Anticoagulantes (INR > 2-3)

Sangrado interno o cirugía mayor reciente

RCP prolongada (> 10 min) y traumática

Punción vascular no compresible

Embarazo

Úlcera péptica activa

Uso de estreptoquinasa > 5 días o alergia

♥ Estreptoquinasa

1,5 millones U IV en 1 h

♥ Alteplase (t-PA)* →

15 mg IV en bolo

0,75 mg/Kg en 30 min (máx 50 mg)

0,50 mg/Kg en 1 h (máx 35 mg)

> 67 Kg
15 mg en bolo
50 mg en 30 min
35 mg en 1 h

♥ Tenecteplase (Bolo IV)* →

Peso (Kg)	Dosis (mg)
< 60	30
60 a < 70	35
70 a < 80	40
80 a < 90	45
> 90	50

***Asociar heparina – ¿Cuál?**

Enoxaparine and Thrombolysis Reperfusion for ACute Myocardial Infarction Treatment (ExTRACT)

N= 20.506

Edad ☐ 18 a

IAM ☐ 6 h

AAS

Fibrinolítico

tPA – 54,6 %

SK – 20,2 %

TNK – 19,5 %

rPA – 5,5 %

Enoxaparina

Bolo de 30 mg IV, si < 75 a

Mantenimiento – hasta el alta u 8 días

1 mg/kg 2x d

☐ 75 a: 0,75/kg 2x d

CI Cr \leq 30: 1 mg/kg 1x d

HNF

dosis habitual

48 h o a criterio del médico tratante

Objetivo 1^{ario}: Muerte, IAM no fatal

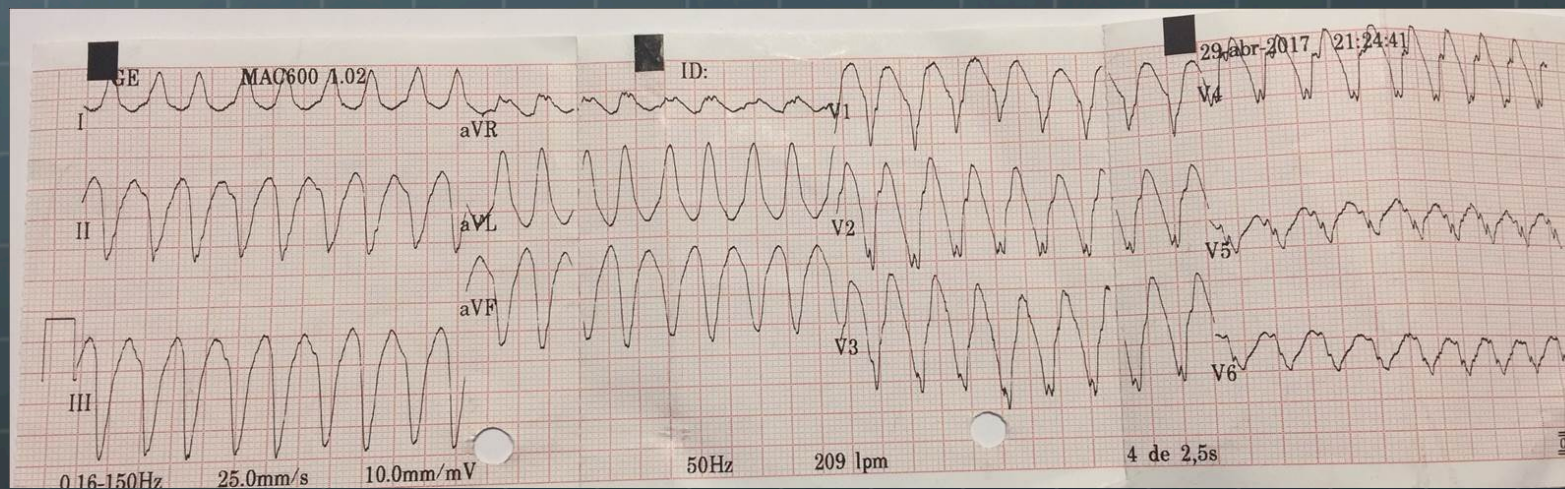
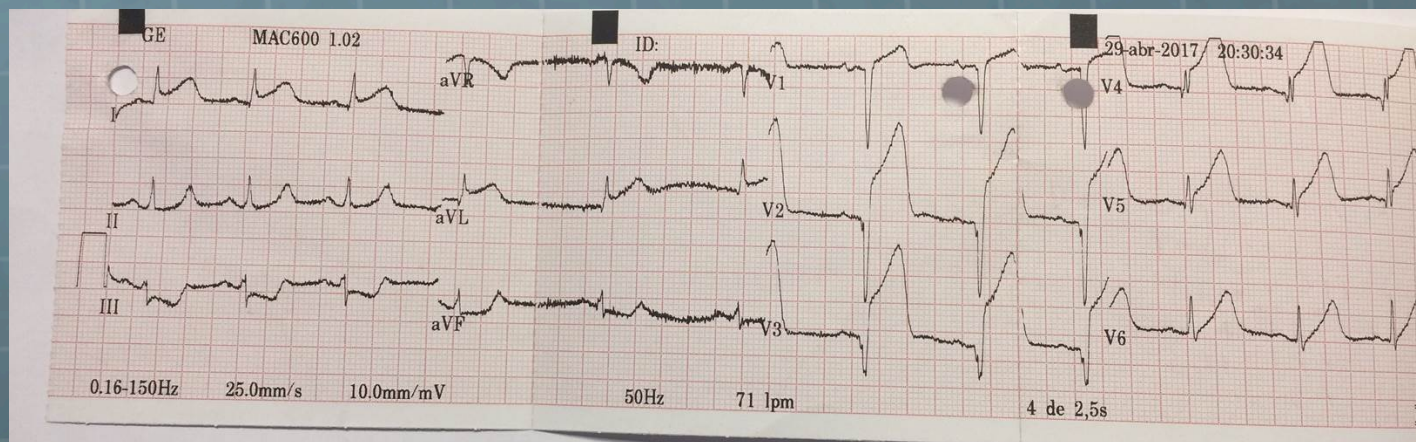
Objetivo 2^{ario}: Muerte, IAM o CRM urgencia

ExTRACT / TIMI 25

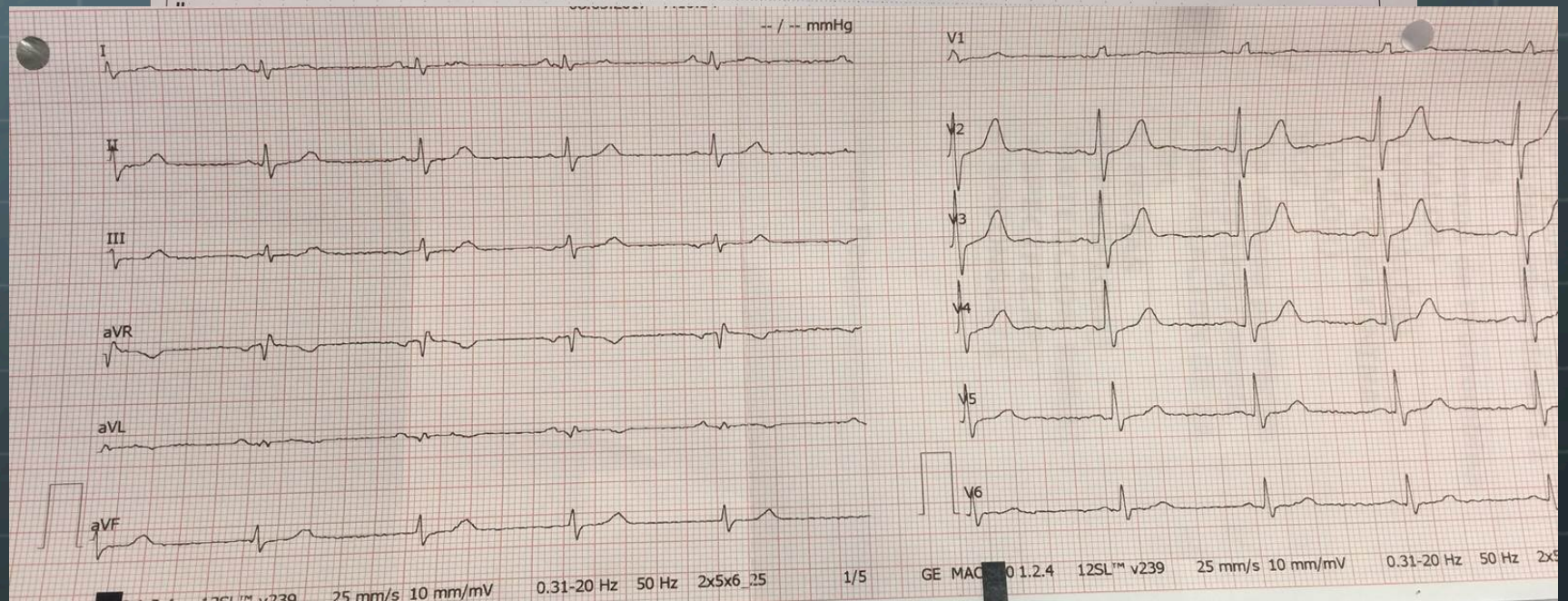
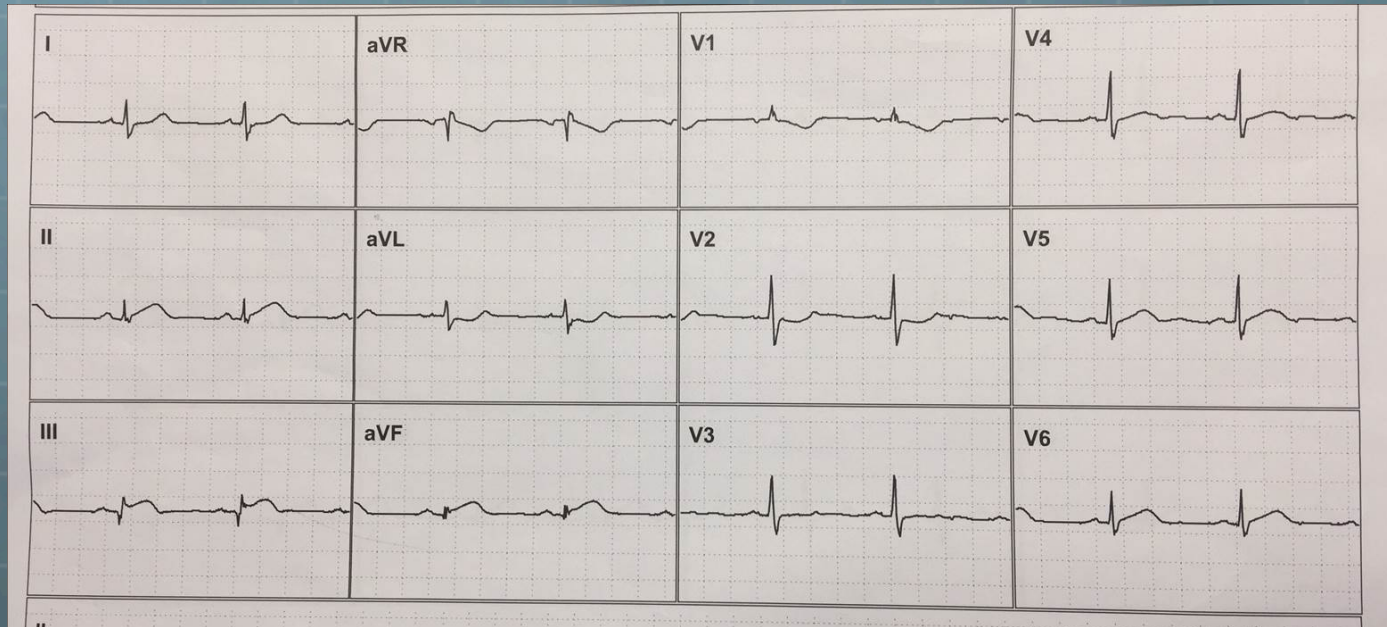
Resultados

	Enoxaparina (n= 10.256)	HNF (n= 10.223)	RR (IC 95%)	P
Objetivo 1ario – 30 d (%)				
Muerte o IAM no fatal	9,9	12	0,83 (0,77–0,90)	<0,001
Muerte	6,9	7,5	0,92 (0,84–1,02)	0,11
IAM no fatal	3,0	4,5	0,67 (0,58–0,77)	<0,001
Objetivo 2ario – 30 d (%)				
Muerte, IAM o CRM urgencia	11,7	14,5	0,81 (0,75–0,87)	<0,001
CRM urgencia	2,1	2,8	0,74 (0,62–0,88)	<0,001
Sangrado (%)				
Mayor	2,1	1,4	1,53 (1,23–1,89)	<0,001
Hemorragia Cerebral	0,8	0,7	1,27 (0,92–1,75)	0,14

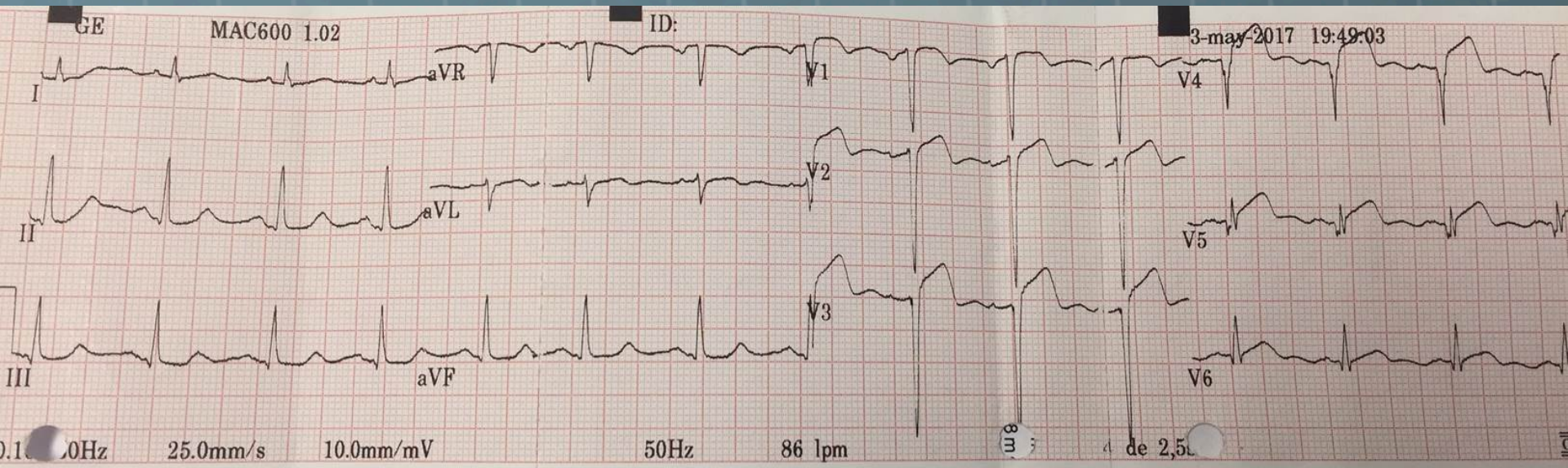
CASO 1. URGENCIA SAN JUAN DE DIOS



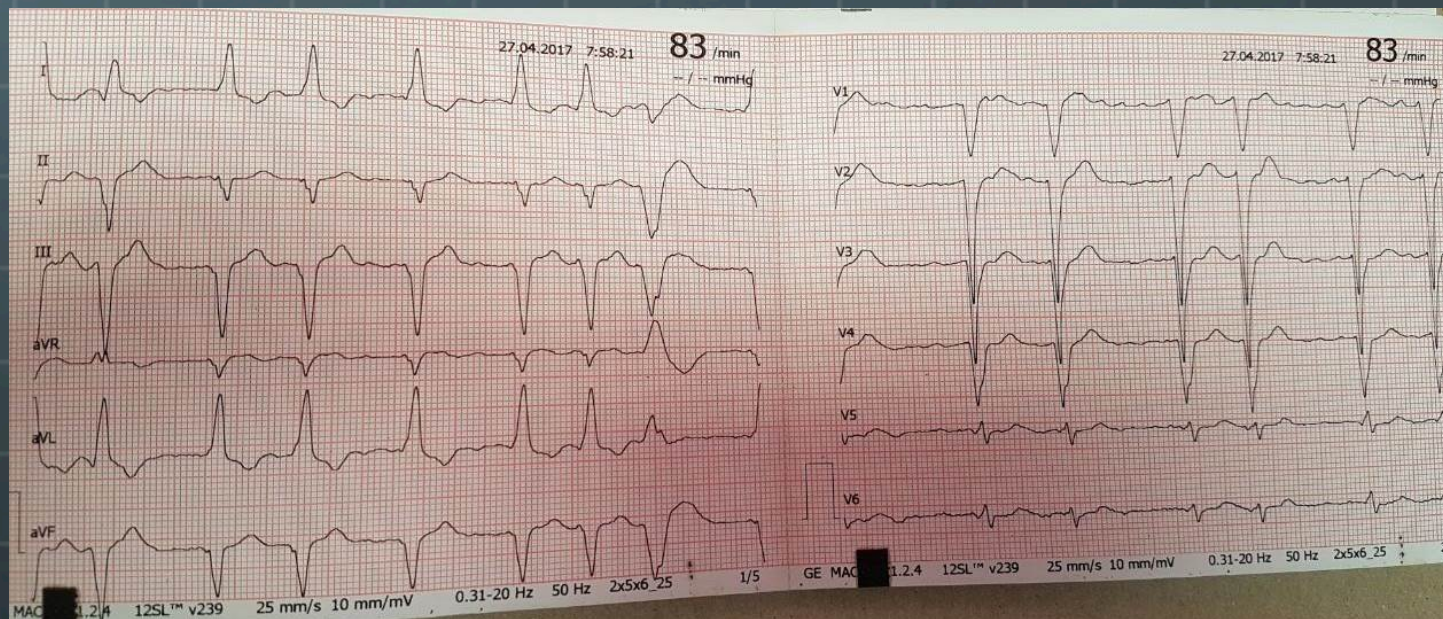
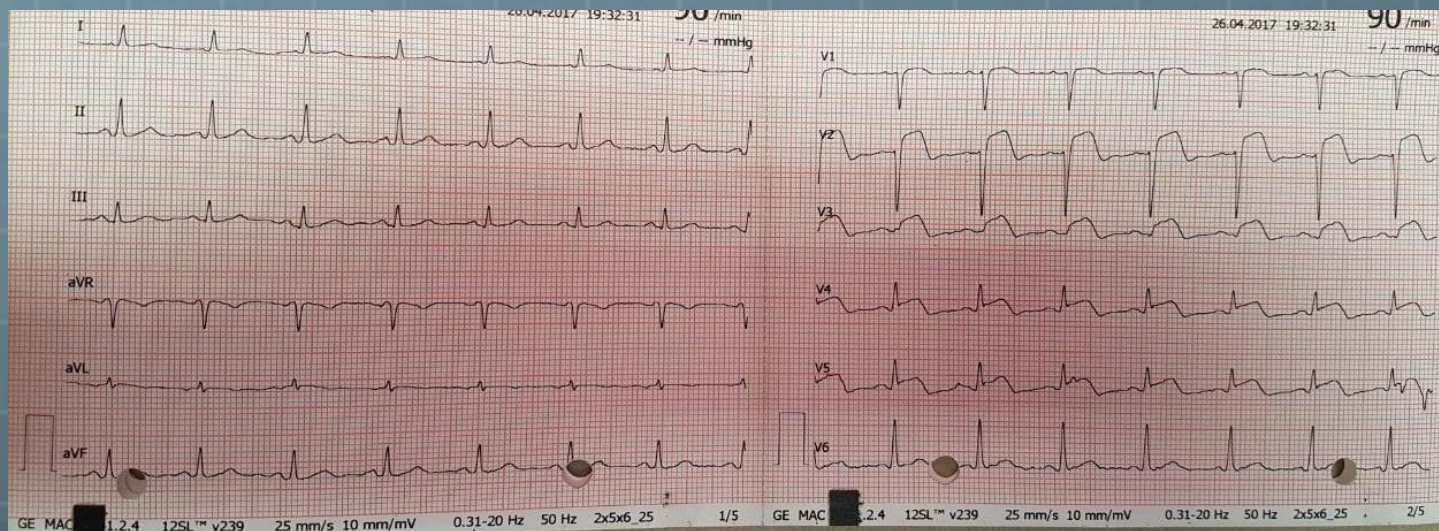
CASO 2. Hospital de Melipilla



Caso 3. SUA0



Caso 4. Hospital de Talagante





GRACIAS

