

Artículo especial

Este artículo completo solo se encuentra disponible en versión electrónica: www.revespcardiol.org

Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio

Kristian Thygesen *, Joseph S. Alpert *, Allan S. Jaffe, Maarten L. Simoons, Bernard R. Chaitman y Harvey D. White *; Grupo de Redactores en nombre del Grupo de Trabajo Conjunto de la ESC/ACCF/AHA/WHF para la Definición Universal del Infarto de Miocardio

Autores/Miembros del Grupo de Trabajo Presidentes: Kristian Thygesen (Dinamarca), Joseph S. Alpert (Estados Unidos), Harvey D. White (Nueva Zelanda); *Subcomité sobre Biomarcadores:* Allan S. Jaffe (Estados Unidos), Hugo A. Katus (Alemania), Fred S. Apple (Estados Unidos), Bertil Lindahl (Suecia) y David A. Morrow (Estados Unidos); *Subcomité del ECG:* Bernard R. Chaitman (Estados Unidos), Peter M. Clemmensen (Dinamarca), Per Johanson (Suecia) y Hanoch Hod (Israel); *Subcomité de Imagen:* Richard Underwood (Reino Unido), Jeroen J. Bax (Países Bajos), Robert O. Bonow (Estados Unidos), Fausto Pinto (Portugal) y Raymond J. Gibbons (Estados Unidos); *Subcomité de Clasificación:* Keith A. Fox (Reino Unido), Dan Atar (Noruega), L. Kristin Newby (Estados Unidos), Marcello Galvani (Italia) y Christian W. Hamm (Alemania); *Subcomité de Intervención:* Barry F. Uretsky (Estados Unidos), P. Gabriel Steg (Francia), William Wijns (Bélgica), Jean-Pierre Bassand (Francia), Phillippe Menasché (Francia) y Jan Ravkilde (Dinamarca); *Subcomité de Ensayos y Registros:* E. Magnus Ohman (Estados Unidos), Elliott M. Antman (Estados Unidos), Lars C. Wallentin (Suecia), Paul W. Armstrong (Canadá) y Maarten L. Simoons (Países Bajos); *Subcomité de Insuficiencia Cardíaca:* James L. Januzzi (Estados Unidos), Markku S. Nieminen (Finlandia), Mihai Gheorghiade (Estados Unidos) y Gerasimos Filippatos (Grecia); *Subcomité de Epidemiología:* Russell V. Luepker (Estados Unidos), Stephen P. Fortmann (Estados Unidos), Wayne D. Rosamond (Estados Unidos), Dan Levy (Estados Unidos) y David Wood (Reino Unido); *Subcomité de Perspectivas Globales:* Sidney C. Smith (Estados Unidos), Dayi Hu (China), José Luis López-Sendón (España), Rose Marie Robertson (Estados Unidos), Douglas Weaver (Estados Unidos), Michal Tendera (Polonia), Alfred A. Bove (Estados Unidos), Alexander N. Parkhomenko (Ucrania), Elena J. Vasilieva (Rusia) y Shanti Mendis (Suiza)

Comité de la ESC de Guías de Práctica Clínica (CGPC): Jeroen J. Bax (Presidente del CGPC) (Países Bajos), Helmut Baumgartner (Alemania), Claudio Ceconi (Italia), Veronica Dean (Francia), Christi Deaton (Reino Unido), Robert Fagard (Bélgica), Christian Funck-Brentano (Francia), David Hasdai (Israel), Arno Hoes (Países Bajos), Paulus Kirchhof (Alemania/Reino Unido), Juhani Knuuti (Finlandia), Philippe Kolh (Bélgica), Theresa McDonagh (Reino Unido), Cyril Moulin (Francia), Bogdan A. Popescu (Rumania), Željko Reiner (Croacia), Udo Sechtem (Alemania), Per Anton Sirnes (Noruega), Michal Tendera (Polonia), Adam Torbicki (Polonia), Alec Vahanian (Francia) y Stephan Windecker (Suiza)

Revisores del documento: Joao Morais (Coordinador revisor de las GPC) (Portugal), Carlos Aguiar (Portugal), Wael Almahmeed (Emiratos Árabes Unidos), David O. Arnar (Islandia), Fabio Barili (Italia), Kenneth D. Bloch (Estados Unidos), Ann F. Bolger (Estados Unidos), Hans Erik Bøtker (Dinamarca), Biykem Bozkurt (Estados Unidos), Raffaele Bugiardini (Italia), Christopher Cannon (Estados Unidos), James de Lemos (Estados Unidos), Franz R. Eberli (Suiza), Edgardo Escobar (Chile), Mark Hlatky (Estados Unidos), Stefan James (Suecia), Karl B. Kern (Estados Unidos), David J. Moliterno (Estados Unidos), Christian Mueller (Suiza), Aleksandar N. Neskovic (Serbia), Burkert Mathias Pieske (Austria), Steven P. Schulman (Estados Unidos), Robert F. Storey (Reino Unido), Kathryn A. Taubert (Suiza), Pascal Vranckx (Bélgica) y Daniel R. Wagner (Luxemburgo)

Las declaraciones de conflicto de intereses de los autores y revisores están disponibles en la página web de la ESC: www.escardio.org/guidelines

*Autores/copresidentes para correspondencia: Department of Cardiology, Aarhus University Hospital, Tage-Hansens Gade 2, DK-8000 Aarhus C, Dinamarca.

Correo electrónico: kristhyg@rm.dk (K. Thygesen).

Department of Medicine, University of Arizona College of Medicine, 1501 N. Campbell Ave., P.O. Box 245037, Tucson AZ 85724, Estados Unidos.

Correo electrónico: jalpert@correo.electrónico.arizona.edu (J.S. Alpert).

Green Lane Cardiovascular Service, Auckland City Hospital, Private Bag 92024, 1030 Auckland, Nueva Zelanda.

Correo electrónico: harveyw@adhb.govt.nz (H.D. White).

©2012 Sociedad Europea de Cardiología, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, Inc., y la World Heart Federation. Para permisos, envíe un correo electrónico a: journals.permissions@oup.com

0300-8932/\$ – see front matter 2012 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.11.005>

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Abreviaturas y acrónimos.....	2
Definición de infarto de miocardio.....	3
Criterios de IAM.....	3
Criterios de IM previo	3
Introducción	2
Características patológicas de la isquemia y el infarto miocárdicos...	3
Detección por biomarcadores de la lesión miocárdica con necrosis..	3
Características clínicas de la isquemia y el infarto miocárdicos	5
Clasificación clínica del infarto de miocardio	5
Infarto de miocardio espontáneo (infarto de miocardio tipo 1)...	5
Infarto de miocardio secundario a un desequilibrio isquémico (infarto de miocardio tipo 2)	5
Muerte cardiaca debida a infarto de miocardio (infarto de miocardio tipo 3)	5
Infarto de miocardio asociado a procedimientos de revascularización (infartos de miocardio tipos 4 y 5).....	5
Detección electrocardiográfica del infarto de miocardio	6
Infarto de miocardio previo	7
Infarto de miocardio silente	8
Trastornos que confunden el diagnóstico electrocardiográfico del infarto de miocardio.....	8
Técnicas de imagen	8
Ecocardiografía.....	8
Imágenes con radionucleótidos.....	8
Resonancia magnética	9
Tomografía computarizada	9
Aplicación de las técnicas de imagen en el infarto agudo de miocardio	9
Aplicación de las técnicas de imagen en caso de presentación tardía del infarto de miocardio	9
Criterios diagnósticos de infarto de miocardio con intervención coronaria percutánea (infarto de miocardio tipo 4)	9
Criterios diagnósticos de infarto de miocardio con cirugía de revascularización coronaria (infarto de miocardio tipo 5)	10
Evaluación del infarto de miocardio en pacientes sometidos a otros procedimientos cardiacos.....	10
Infarto de miocardio asociado a procedimientos no cardiacos.....	10
Infarto de miocardio en la unidad de cuidados intensivos.....	11
Infarto de miocardio recurrente.....	11
Reinfarto.....	11
Lesión miocárdica o infarto asociado a insuficiencia cardiaca	11
Aplicación del infarto de miocardio en los ensayos clínicos y programas de garantía de calidad	11
Repercusiones poblacionales de adaptar la definición de infarto de miocardio	12
Perspectivas globales de la definición de infarto de miocardio	12
Agradecimientos	13
Conflicto de intereses	13
Bibliografía	13

Abreviaturas y acrónimos

ACCF: American College of Cardiology Foundation
 AHA: American Heart Association
 BRDHH: bloqueo de rama derecha del haz de His
 BRIHH: bloqueo de rama izquierda del haz de His
 CABG: cirugía de revascularización aortocoronaria
 CK-MB: isoforma MB de la creatincinasa
 cTn: troponina cardiaca
 Cv: coeficiente de variación
 EAC: enfermedad de las arterias coronarias
 ECG: electrocardiograma

EPM: escintigrafía de perfusión miocárdica
 ESC: Sociedad Europea de Cardiología
 FDG: fluorodesoxiglucosa
 HVI: hipertrofia ventricular izquierda
 IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
 IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST
 IC: insuficiencia cardiaca
 ICP: intervención coronaria percutánea
 IM: infarto de miocardio
 LRS: límite superior de referencia
 mIBG: metayodobenzilguanidina
 OMS: Organización Mundial de la Salud
 PET: tomografía de emisión de positrones
 RM: resonancia magnética
 SCA: síndrome coronario agudo
 SPECT: tomografía computarizada por emisión monofotónica
 ST-T: segmento ST-onda T
 TC: tomografía computarizada
 VI: ventrículo izquierdo
 WHF: *World Heart Federation*

INTRODUCCIÓN

El infarto de miocardio (IM) se puede reconocer por características clínicas, incluidos los hallazgos en el electrocardiograma (ECG), valores elevados de marcadores bioquímicos (biomarcadores) de necrosis miocárdica e imágenes; también se puede definir mediante la patología. Es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo. El IM puede ser la primera manifestación de enfermedad de las arterias coronarias (EAC) o puede ocurrir reiteradamente en pacientes con enfermedad establecida. La información sobre las tasas de IM puede facilitar datos útiles sobre la carga de la EAC en las poblaciones, sobre todo si los datos estandarizados se recogen de manera que se distinga entre incidentes y episodios recurrentes. Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia del IM en una población puede utilizarse como un indicador de la prevalencia de la EAC en esa población. El término «infarto de miocardio» puede tener implicaciones legales y psicológicas de importancia tanto para el individuo como para la sociedad. Es indicador de uno de los principales problemas de salud del mundo e indicador de resultado en ensayos clínicos, estudios observacionales y programas de garantía de calidad. Estos estudios y programas requieren una definición precisa y coherente del IM.

En el pasado, había un consenso general para el síndrome clínico designado como IM. En los estudios sobre la prevalencia de la enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el IM a partir de los síntomas y las anomalías en el ECG y las enzimas cardiacas. No obstante, el desarrollo de biomarcadores cardiacos específicos del tejido miocárdico cada vez más sensibles y de técnicas de imagen más sensibles ahora permite detectar cantidades muy pequeñas de necrosis o lesión miocárdica. Además, el manejo de pacientes con IM ha mejorado significativamente y ha resultado en menos necrosis y lesión miocárdica, a pesar de una presentación clínica similar. Por otra parte, parece necesario distinguir los distintos trastornos que pueden causar el IM, como por ejemplo el IM «espontáneo» y el «relacionado con el procedimiento». Por lo tanto, los médicos, otros proveedores sanitarios y los pacientes requieren una definición actualizada del IM.

En 2000, el Primer Grupo de Trabajo Global sobre IM presentó una nueva definición del IM, que implicaba que cualquier necrosis en el ámbito de la isquemia miocárdica debería calificarse de IM¹. El Segundo Grupo de Trabajo Global sobre el IM perfeccionó aún más

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013267>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)