

Indicaciones actuales del tratamiento trombolítico en el infarto agudo de miocardio

Eduardo Alegría Ezquerro^a, Eduardo Alegría Barrero^b y Ana Alegría Barrero^c

^aServicio de Cardiología. Policlínica Gipuzkoa. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^bServicio de Hemodinámica. Clínica Rotger. Palma de Mallorca. Baleares. España.

^cDepartamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

La trombolisis es menos eficaz que la intervención coronaria percutánea primaria, pero debe utilizarse cuando esta no es factible. La administración prehospitalaria reduce los retrasos y aumenta el beneficio de la trombolisis; el tratamiento fibrinolítico practicado menos de 2 h tras el comienzo del infarto tiene resultados similares a la revascularización mecánica. La «angioplastia facilitada» (administración de fibrinolíticos previa a la angioplastia primaria) no se considera indicada; sí lo están la angioplastia de rescate ante el fracaso del fibrinolítico y la revascularización diferida en cualquier caso. Las guías de práctica clínica detallan las indicaciones, los intervalos temporales, las contraindicaciones y las dosis recomendadas de los trombolíticos para utilizarlos correctamente y obtener su máximo beneficio.

Palabras clave: *Infarto agudo de miocardio. Fibrinólisis. Angioplastia primaria. Fibrinólisis prehospitalaria. Intervención coronaria percutánea facilitada.*

Current Indications for Thrombolytic Treatment of Acute Myocardial Infarction

Although thrombolysis is less effective than primary percutaneous coronary intervention, it has to be used when the latter is not feasible. Prehospital administration reduces the treatment delay and increases the benefit of thrombolysis. Use of fibrinolytic therapy within the first 2 hours after the onset of an infarct gives results comparable to mechanical revascularization. At present, there are no indications for facilitated angioplasty (i.e. the administration of fibrinolytics prior to primary angioplasty). However, rescue angioplasty may be carried out when thrombolysis fails and deferred revascularization should be performed whenever possible. Clinical practice guidelines describe the indications, contraindications and the recommended doses for thrombolytics. These ensure that the drugs are used correctly and provide the maximum clinical benefit.

Key words: *Acute myocardial infarction. Fibrinolysis. Primary angioplasty. Prehospital fibrinolysis. Facilitated percutaneous coronary intervention.*

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es indudablemente una afección frecuente que se acompaña de alta mortalidad y graves consecuencias funcionales. A la vez, disponemos de tratamientos eficaces para reducir notablemente dichas complicaciones si se aplican en tiempo y modo oportunos. Como quiera que el mecanismo principal en los IAMCEST es la oclusión trombotica de una arteria coronaria, su tratamiento se basa en reabrir esa arteria lo antes posible mediante dos técnicas de reperfusión coronaria, la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o la trombolisis farmacológica. La ICP se considera hoy en día el tratamiento de elección porque con-

sigue una revascularización más rápida y completa en un mayor porcentaje de arterias coronarias que los fármacos fibrinolíticos. De estos, por su parte, ya se había demostrado con anterioridad que reducen la lesión miocárdica, la morbilidad y la mortalidad cuando se aplican en las primeras horas tras un IAMCEST. De hecho, muchos de los conocimientos actuales sobre el mecanismo de los IAMCEST y los beneficios de la reperfusión inmediata proceden de los resultados obtenidos en los grandes ensayos clínicos con fármacos fibrinolíticos.

La eficacia de ambas modalidades de reperfusión es tanto mayor cuanto más pronto se administren, por lo que en muchos casos es más importante la aplicación a tiempo de una u otra que cuál sea la elegida para lograr la reperfusión. Además, para muchos pacientes con IAMCEST aún sigue siendo escaso el acceso a los servicios capaces de practicar ICP primaria permanentemente, por lo que los fármacos fibrinolíticos se siguen utilizando y son nece-

Correspondencia: Dr. E. Alegría Ezquerro.
Servicio de Cardiología. Policlínica Guipúzcoa.
P.º de Miramón, 174. 20014 San Sebastián. Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: e.alegría.cardiologia@gmail.com

ABREVIATURAS

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

ICP: intervención coronaria percutánea.

sarios en muchos centros. En este artículo se resumen algunos aspectos relevantes de orden práctico en relación con el tratamiento fibrinolítico en el IAMCEST.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

La incidencia anual de IAMCEST en los países europeos varía entre 44 y 142 casos cada 100.000 habitantes. Si bien es cierto que la ICP primaria realizada rápidamente por operadores y centros con experiencia ha mostrado mejores resultados que la fibrinólisis (véase más adelante), ello no significa que esta deba abandonarse ni que haya dejado de tener indicaciones. Cerca del 70% de los pacientes con IAMCEST ingresan en hospitales que no disponen de ICP, con lo que el inevitable retraso que conlleva su traslado hasta el hospital de referencia limita a veces el beneficio de la ICP y hace que la fibrinólisis pueda ser la terapia inicial de reperfusión más adecuada para un número no escaso de pacientes¹.

En España hemos asistido en el último decenio a un incremento paulatino de las ICP primarias en detrimento de la fibrinólisis, pero no ha disminuido apenas el número de pacientes que sufren un IAMCEST e ingresan en las primeras 12 h de inicio de los síntomas a quienes no se aplica ninguna de las dos²: los pacientes no revascularizados en la citada ventana crítica del IAMCEST siguen constituyendo una tercera parte aproximadamente. Esta tendencia se aprecia también en otros registros de

ámbito europeo^{3,4} (aunque con diferencias muy acusadas entre los diferentes países⁴). En la tabla 1 se resumen algunos datos estadísticos sobre la aplicación de las ICP en el curso de los IAMCEST en España².

INDICACIONES DE LA FIBRINOLISIS

Los numerosos estudios de comparación entre la ICP y la fibrinólisis en el IAMCEST y sus correspondientes metaanálisis han demostrado inequívocamente la superioridad de la ICP en lo relativo a (cifras aproximadas): mortalidad a las 6 semanas y a 1 año (reducciones relativas del 34 y el 24%, respectivamente) y reinfarcto e ictus a las 6 semanas (reducciones relativas respectivas del 51 y el 63%)^{5,6}. Por lo tanto, en principio, la ICP es preferible en todo paciente que ingresa con un IAMCEST de menos de 12 h de evolución, siempre que pueda practicarse en las condiciones adecuadas y en el tiempo previsto^{7,9}; su superioridad sobre la fibrinólisis es especialmente marcada en los mayores de 65 años y en los que ingresan con cualquier grado de deterioro hemodinámico (grado Killip ≥ 2)⁷. Las condiciones organizativas necesarias para que el beneficio pronóstico de la ICP sea preferible al obtenido con la fibrinólisis practicada en las primeras 6 h son principalmente dos: *a*) intervalo entre el contacto médico inicial y la apertura mecánica de la arteria < 2 h (< 90 min en caso de infartos de gran tamaño, bajo riesgo hemorrágico y retraso de menos de 2 h desde el inicio de los síntomas hasta el contacto médico inicial), y *b*) que el operador que la practique y el hospital donde lo haga reúnan una serie de requisitos cuantitativos y de calidad establecidos en las diversas guías de práctica clínica^{8,9}. En función de todo lo expuesto, las directrices básicas relacionadas con el tratamiento de reperfusión en el IAMCEST se resumen en la figura 1⁸.

Por lo tanto, la fibrinólisis está indicada en los casos en que, además de que no haya contraindicación (véase más adelante), la ICP no es aplicable o

TABLA 1. Resumen estadístico de la situación de las intervenciones percutáneas en el curso del infarto agudo de miocardio en España (Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología de la actividad del año 2008)²

ICP en el IAMCEST	
Primaria	64%
Rescate	16%
Facilitada	15%
Estimación de los IAMCEST tratados con ICP	17%
Retraso puerta-balón	80 \pm 46 (mediana, 74) min
Total ICP en IAMCEST (cada millón de habitantes), media	261 (141-455)
ICP primarias en España (cada millón de habitantes), media	169 (58-435)
ICP primarias en Europa (cada millón de habitantes), media	378

IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST; ICP: intervención coronaria percutánea.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019485>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019485>

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