

Técnicas actuales en la angioplastia primaria. Manejo actual del shock cardiogénico

José Antonio Baz^a, José Barrabés^b, Eduardo Pinar^c, Agustín Albarrán^d y Josepa Mauri^b

^aUnidad de Cardiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

^bServicio de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^cUnidad de Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

^dUnidad de Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

La angioplastia primaria está reconocida como la mejor estrategia de reperfusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Como procedimiento comprende una serie de posibilidades técnicas y farmacológicas que influyen en diferente medida en sus resultados. El uso de los inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa está en continua discusión, con diferentes metaanálisis y estudios que siguen ofreciendo información acerca de los beneficios en los procedimientos intervencionistas y otros en los que no se aprecia tal efecto. El abciximab es el fármaco del que se dispone de más evidencia en la actualidad. La vía de acceso radial en el intervencionismo para disminuir el riesgo hemorrágico tiene como contrapartida aumentar los tiempos de procedimiento. Se analizan los dispositivos para prevenir la embolización y cómo, tras varios estudios sin demostrar mejoría en los parámetros clínicos, en la actualidad se está demostrando la efectividad de algunos de ellos. Por último, se analiza el manejo actual del shock cardiogénico, cómo se ha conseguido disminuir la mortalidad a base de reperfusión coronaria como medida más eficaz y la evidencia actual sobre el uso de los diferentes tratamientos para estabilizar al paciente.

Palabras clave: *Infarto de miocardio. Angioplastia coronaria. Stent. Inhibidores de la agregación plaquetaria. Shock. Asistencia circulatoria.*

Current Techniques in Primary Angioplasty. The State of the Art in Managing Cardiogenic Shock

Primary angioplasty is recognized as the best reperfusion therapy for ST-segment elevation acute myocardial infarction. The procedure involves a number of technical and pharmacological choices that can influence the outcome to a varying degree. The use of glycoprotein-IIb/IIIa inhibitors is still being debated, with some meta-analyses and studies providing supporting data on their benefits in percutaneous intervention whereas others have failed to show an effect. Abciximab is the drug about which most data are currently available. In percutaneous intervention, the use of radial access reduces the risk of hemorrhage but, on the other hand, is associated with lengthier procedures. Devices for preventing embolization are reviewed and it is noted how, despite a number of studies failing to show improvements in clinical parameters, some of these devices are demonstrating their effectiveness in practice. Finally, the article discusses current management of cardiogenic shock, notes how more effective coronary reperfusion continues to reduce mortality, and reviews recent evidence on the use of different techniques for stabilizing patients.

Key words: *Myocardial infarction. Coronary angioplasty. Stent. Platelet aggregation inhibitors. Shock. Circulatory assistance.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, tanto las sociedades norteamericanas como la europea de cardiología^{1,2} recomiendan, dentro de unos estándares de tiempo y calidad del centro asistencial, la reperfusión mecánica como el tratamiento de reperfusión de elección en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). De ésta existen diferentes

tipos según el momento y las condiciones en que se realice; así, la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) es la que se aplica en los IAMCEST de menos de 12 h desde el inicio de los síntomas con persistencia de las alteraciones en el ECG, y se realiza sin ninguna medicación fibrinolítica administrada previa o concomitantemente al procedimiento. En los centros con alto volumen de ICP, los resultados en cuanto a reducción de la mortalidad y consecución de flujo coronario óptimo son mejores y su efectividad, comparada con la fibrinólisis, muestra mayor reperfusión, menores tasas de reoclusión, mejor función ventricular y mejor pronóstico a largo plazo. En las guías europeas¹, la ICPp tiene una indicación de clase I, nivel

Correspondencia: Dr. J.A. Baz Alonso.
Unidad de Cardiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
Meixoeiro. 36200 Vigo. Pontevedra. España.
Correo electrónico: joseantonioibaz@gmail.com

ABREVIATURAS

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

ICPp: intervención coronaria percutánea primaria.

MACE: eventos cardiacos adversos mayores.

SC: shock cardiogénico.

SFA: *stent* farmacoactivo.SNFA: *stent* no farmacoactivo.

VD: ventrículo derecho.

VI: ventrículo izquierdo.

de evidencia A, y debe realizarse en general en menos de 2 h desde el primer contacto médico, y si el infarto agudo de miocardio (IAM) es de menos de 2 h, en menos de 90 min (grado I, nivel de evidencia B si el infarto es extenso y el riesgo de sangrado es bajo). La AHA/ACC² recomienda la ICPp en el IAM de menos de 3 h si se puede realizar en menos de 60 min y la recomienda para realizarlo lo antes posible si la duración de los síntomas es mayor de 3 h, con un grado de evidencia IB en las guías de 2004, mientras que en la actualización de 2007³ sólo se refiere a intentar realizar la ICP en los primeros 90 min desde el contacto médico.

La ICP de rescate es la que se realiza cuando el fibrinolítico no ha conseguido reperfundir la arteria. En este punto se debe aclarar en qué momento se decide que el fármaco no ha realizado su función; uno de los criterios más aceptados es la resolución de < 50% del ST, en las derivaciones en que más asciende, a los 90 min de iniciado el tratamiento, con o sin persistencia del dolor. Aquí aparece una de las dificultades para crear una pauta de actuación basada en la evidencia, ya que no hay unanimidad a la hora de definir la reperfundición, sobre todo en lo referente al tiempo, ya que hay quien valora la reperfundición a los 60 min y la resolución del ST entre el 50 y el 75%. Varios estudios aleatorizados la han comparado con el tratamiento conservador; en el REACT⁴, la disminución en las tasas de reinfarcto son tan importantes que el objetivo combinado de muerte, reinfarcto, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardiaca severa es favorable a la ICP de rescate respecto al tratamiento conservador o a la refibrinólisis. Varios meta-análisis^{5,6} posteriores muestran los beneficios de la angioplastia de rescate, con una tendencia a disminuir la mortalidad y descenso significativo de los ingresos por reinfarcto e insuficiencia cardiaca pese a que hay mayor número de accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorragias menores.

La tercera opción de intervencionismo en el IAMCEST es la ICP facilitada, que es aquella en la que se administran fármacos para intentar la reper-

fusión mientras el paciente espera, bien por traslado, bien por retrasos en el mismo centro, a que le realicen una ICP. Varias estrategias con fibrinolíticos, combinados o no con inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa, han sido probadas en diferentes estudios y ninguna ha dado resultado respecto a la ICPp sola.

En todos los casos de ICP en el IAM existen diferentes opciones, bien con dispositivos, bien con fármacos, que buscan un mejor resultado inmediato en el procedimiento y, de ser posible, trasladarlo a medio-largo plazo.

TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO PERIPROCEDIMIENTO**Inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa**

El uso de estos fármacos antes de la ICP primaria tiene la finalidad de realizar el procedimiento en las mejores condiciones locales posibles, referidas a la arteria ocluida y a la antiagregación plaquetaria. Frecuentemente, este uso está considerado facilitación de la ICP pero, ateniéndonos estrictamente a su definición, no la incluiríamos ya que la finalidad no es intentar abrir la arteria; además, en muchas ocasiones se aplica en el mismo laboratorio de hemodinámica, antes o durante el procedimiento. De todos modos, su uso, aunque bastante generalizado, sigue puesto en duda, pues hay tanto estudios que los apoyan como otros que no muestran beneficio. Las guías de práctica clínica exponen su recomendación según el fármaco y la sociedad que las escribe, tal como se aprecia en la tabla 1.

El estudio Admiral⁷ fue el que sentó la indicación del uso del abciximab en el IAMCEST tratado con ICPp. Además de su uso, se analizó a los pacientes en función del momento en que se administraba el fármaco, y la mayor parte se aplicó en el laboratorio de hemodinámica (73 frente a 26), y en los pacientes de fuera de esta localización se apreció significativamente menos tiempo de isquemia. A los 30 días el objetivo primero (MACE) era significativamente menor en los pacientes a los que el abciximab se administraba en la ambulancia o la sala de urgencias, y las diferencias a los 6 meses todavía eran mayores.

TABLA 1. Recomendaciones de las sociedades científicas sobre el uso de los diferentes inhibidores de la glucoproteína IIb/IIIa en la angioplastia primaria, sin especificar el momento de administración y sin considerar su uso como angioplastia facilitada

	Abciximab	Tirofiban	Eptifibatida
ACC/AHA	Ila B	IIb C	IIb C
ESC	Ila A	IIb B	IIb C

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019607>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019607>

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