

## Tratamiento inicial prehospitalario del infarto agudo de miocardio

Eugeni Fernández Mas<sup>a,\*</sup>, Daniela Morales Raquena<sup>b</sup>, Patricia Sin Navarro<sup>c</sup> y Eva Miñana Nonell<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Canet de Mar. Consultorios locales de St. Cebrià de Vallalta i Sant Pol de Mar. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Canet de Mar. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Enfermera. ABS Canet de Mar. Barcelona. España.

<sup>d</sup>Enfermera. ABS Canet de Mar. Consultorios locales de St. Cebrià de Vallalta i Sant Pol de Mar. Barcelona. España.

\*Correo electrónico: efernandezm.bnm.ics@gencat.cat

### Puntos clave

- La gran oportunidad para mejorar la supervivencia tras el infarto agudo de miocardio es optimizar el tratamiento en la fase prehospitalaria. Cerca de dos tercios de los fallecimientos por esta causa ocurren antes de llegar al hospital.
- Es una enfermedad tiempo-dependiente. Ante un dolor torácico no traumático debemos realizar el diagnóstico de síndrome coronario agudo con la anamnesis y el ECG en menos de 10 min. Si hay elevación del ST, llamaremos al 112 y trataremos mientras esperamos la ambulancia medicalizada.
- Enfermo en box de urgencias: lo tranquilizaremos, mantendremos en reposo, y prepararemos el desfibrilador para usarlo en caso de fibrilación ventricular.
- Objetivo: angioplastia primaria en menos de 120 min. Administraremos ácido acetilsalicílico (AAS) 150-300 + clopidogrel 600. Si el tiempo es superior a 120 min daremos AAS 150-300 + clopidogrel 300. En mayores de 75 años, clopidogrel 75 mg. Ante la duda de si realizar angioplastia o fibrinólisis, dar clopidogrel 300 + AAS.
- Tratar los síntomas del dolor con nitroglicerina 0,4 mg sublingual y morfina 3 mg por vía intravenosa. Los vómitos, con metoclopramida 5-10 mg i.v.

**Palabras clave:** Infarto agudo de miocardio • Síndrome coronario agudo • Actuación • Tratamiento prehospitalario.

### Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son, en la actualidad, la principal causa de muerte en los países industrializados<sup>1</sup>.

Más de 7 millones de personas mueren cada año como consecuencia de la cardiopatía isquémica, lo que corresponde a un 12,8% de todas las muertes. Uno de cada 6 hombres y una de cada 7 mujeres en Europa morirán de infarto agudo de miocardio (IAM).

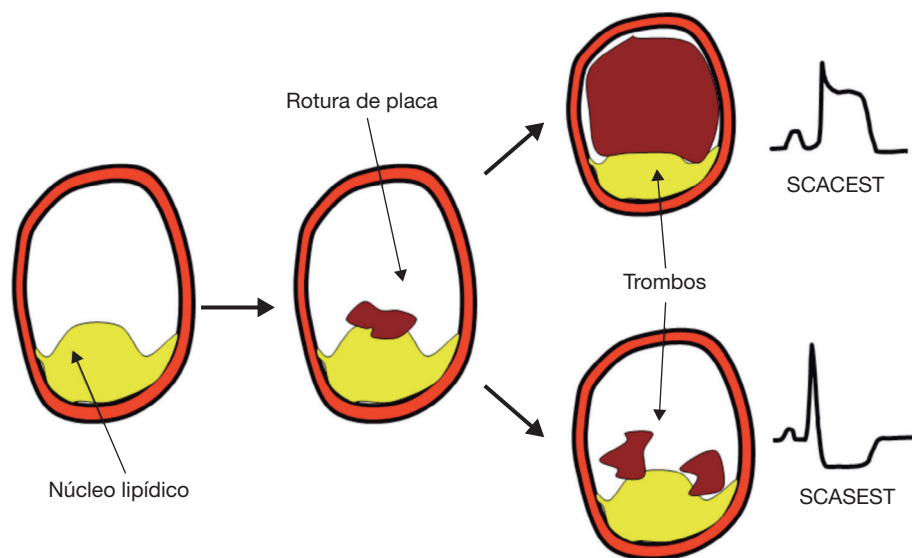
La gran oportunidad para mejorar la supervivencia tras el IAM es optimizar el tratamiento en la fase prehospitalaria. Cerca de dos tercios de los fallecimientos por esta causa ocurren antes de llegar al hospital. El 90% de esta mortalidad es por fibrilación ventricular (FV); por este motivo, ante

la sospecha de síndrome coronario agudo (SCA) deberemos estar preparados para utilizar el desfibrilador.

El SCA es una manifestación de la arterioesclerosis. Generalmente se produce una trombosis aguda debido a la rotura de una placa aterosclerótica, con o sin vasoconstricción, lo que causa una disminución precoz e importante del flujo sanguíneo (fig. 1).

El SCA engloba tres entidades diferentes (fig. 2):

- Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST).
- Infarto agudo de miocardio sin elevación de segmento ST (IMSEST).
- Angina inestable (AI).



**Figura 1.** Fisiopatología del síndrome coronario agudo<sup>2</sup>. Fuente: Institut Català de la Salut.

tuación se centrará en realizar la historia clínica dirigida y un ECG, ambos en menos de 10 min.

### Clinica

El síntoma más importante es el dolor torácico (tabla 1):

- El dolor torácico típico o epigástrico no traumático se presenta con características típicas de isquemia miocárdica como presión, constricción, peso retroesternal o barra precordial, ardor, malestar torácico, torsión, indigestión inexplicable o flato epigástrico; puede irradiarse a cuello, mandíbula, hombros, espalda o ambos brazos (fig. 3).

- El dolor torácico atípico se presenta asociado a síntomas atípicos

como náuseas, vómitos, disnea, fatiga, palpitaciones o síncope. Las formas no habituales pueden observarse en ancianos, mujeres, personas diabéticas y en personas con tratamientos previos ( $\beta$ -bloqueantes). Representan el 30% de los casos.

- Dolor no cardíaco.

## Diagnóstico

El diagnóstico de IAM se realiza cuando hay evidencia de necrosis miocárdica, en un contexto clínico acorde con isquemia miocárdica. Se define con alguno de los siguientes criterios:

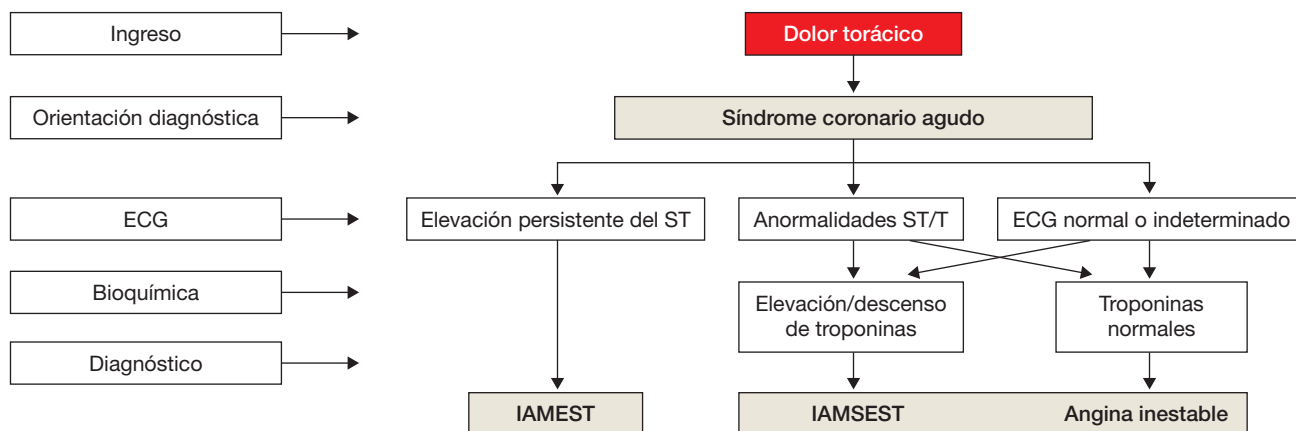
- Síntomas isquémicos.
- Aparición de ondas Q patológicas en el ECG y/o cambios en el ECG de isquemia (elevación o descenso de ST).
- Evidencia de elevación de las enzimas de necrosis cardíacas (troponinas, CK-MB).

Generalmente, en atención primaria no existe la posibilidad de determinar enzimas cardíacas; por ese motivo, la ac-

El objetivo principal de la historia clínica y la exploración física es descartar otras causas de dolor torácico (tabla 2).

Los síntomas como taquicardia, hipotensión o insuficiencia cardíaca indican un mal pronóstico y requieren diagnóstico y manejo rápido.

Se debe tener en cuenta el consumo de cocaína en el caso de pacientes jóvenes que presentan SCA, porque se asocia a daño miocárdico más extenso y mayor tasa de complicaciones.



**Figura 2.** Clasificación del síndrome coronario agudo<sup>3,4</sup>.

Fuente: adaptado de European Heart Journal 2011;32:2999-3054. Doi:10.1093/eurheartj/ehr236.

IAMEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679380>

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