

Gómez López, Rocío*; Gómez Blázquez, Iván Tomás**; Gutiérrez Feijoo, Mario**

*Servicio de Medicina Intensiva

**Servicio de Cardiología

DIAGNÓSTICO

Clínica de isquemia miocárdica de nueva aparición o que ha cambiado de características en el último mes.

TRATAMIENTO INICIAL DEL PACIENTE CON SCA

1. Monitorización y acceso a medidas de soporte vital

2. Historia clínica y estudios complementarios dirigidos:

Antecedentes personales	Alergias. FRCV: DM2, HTA, DL, OB. Hiperuricemia. Cardiopatía previa
Características del dolor	Descripción, localización e irradiación Desencadenantes del dolor (ejercicio, estrés) Hora de inicio y duración Respuesta al reposo y a nitroglicerina Presencia de cortejo vegetativo
Exploración física	Signos de disfunción ventricular izquierda: taquicardia, taquipnea, hipotensión, mala perfusión distal, 3R, 4R, crepitantes Signos de disfunción ventricular derecha: IY, RHY, edemas periféricos, hipotensión.
ECG	ECG de 12 derivaciones basal y tras nitroglicerina Control a las 6h, 24h y si hay cambios en el dolor V3R y V4R en todo IAM inferior
Datos analíticos	Marcadores de necrosis miocárdica: Troponina T o I, CK-MB. Mediciones generales: Hematocrito, recuento plaquetario, coagulación, función renal y alteraciones hidroelectrolíticas.
Rx Tórax	Signos de congestión pulmonar
Ecocardiografía	Alteraciones segmentarias de la contractilidad, FE, descartar complicaciones mecánicas

3. Tratamiento inicial:

Signos de riesgo vital	Isquemia miocárdica aguda	Angina Alteraciones en segmento ST/onda T o BCRIHH en ECG
	Inestabilidad hemodinámica	Hipotensión o hipertensión arterial extrema Taquicardia o Bradicardia extremas Taquipnea Malperfusión distal: cianosis, livideces, retraso de relleno capilar
	Insuficiencia respiratoria	Taquipnea Cianosis distal Hipoxia o disminución SatO2

Medidas generales	Monitorización	ECG continuo. Monitorizar la tendencia del ST. Sato2 continua TA cada 10 minutos hasta estabilización
	Medidas de soporte vital	Oxigenoterapia Desfibrilador Acceso inmediato a medidas SVA, incluido soporte ventilatorio
	Accesos vasculares	Canalizar dos vías venosas Evitar punciones intramusculares e intraarteriales
	Analítica de ingreso	

Fármacos en el manejo inicial del SCA

	Fármaco	Dosis inicial	Pauta de continuación
Tratamiento analgésico	Cloruro mórfico	4-8 mg IV	2-3 mg/ 5-15 minutos hasta control del dolor
	Meperidina (Dolantina ®)	25-50 mg IV	Dosis máxima 50mg/4h IV
Tratamiento antiemético	Metoclopramida (Primperán ®)	5 – 10 mg IV	Dosis máxima 10mg/6h IV
	Ondansetrón (Zofran ®)	4-8 mg IV	Dosis máxima 8mg/8h IV
Control glucémico	Insulina rápida	0,03 UI *Glucemia SC	Ajustar dosis según resistencia a insulina para objetivo de glucemia 90-140 mg/dL.
Vagolíticos	Atropina	0,5-1 mg IV	Dosis máxima bolo2 mg
Ansiolíticos	Diacepam (Valium ®)	5-20 mg oral (VO)	Dosis máxima 10 mg/8h VO
	Alprazolam (Trankimazin®)	0,5-1 mg sublingual (SL)	Dosis máxima 2mg/8h VO/SL

4. Estratificación del riesgo: La herramienta fundamental es el ECG, diferenciando: SCACEST (SCA con elevación del segmento ST o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición) y SCASEST (sin elevación del segmento ST: angina inestable e IAMSEST). La estrategia de tratamiento a seguir se expone en la *figura 1*. Existe (disponible *online*) la escala GRACE: <http://www.outcomes.org/gracce>

5. Tratamiento de reperfusión urgente: Debe plantearse en todo SCACEST (*figura 2*).

6. Tratamiento antiagregante y antitrombínico: Debe iniciarse lo más precozmente posible en todo SCA:

Tratamiento antiagregante y antitrombínico en el SCA según la estrategia de reperfusión. La antiagregación debe realizarse por combinación de los fármacos descritos y la anticoagulación mediante una de las opciones propuestas (ordenadas según nivel de recomendación).

SCACEST	Con ICP primaria	Tratamiento antiagregante	AAS	Carga de 150-325 mg VO o 250-500mg IV Mantenimiento 75-325 mg/24h VO
			Clopidogrel	Carga 300 mg VO, antenimiento 75 mg/24h
			Abciximab	Bolo 0,25 mg/Kg IV, mantenimiento 0,125 mcg/Kg/min 12h (máximo 10 mcg/min)
		Tratamiento anticoagulante (Hasta concluir ICP)	Heparina	Bolo 100 U/Kg o 60 U/Kg (con abciximab) PCIV en ICP según ACT
			Bivalirudina	0,75 mg/Kg IV PCIV a 1,75 mg/Kg/h durante ICP
			AAS	Carga de 150-325mgVO o 250-500mg IV Mantenimiento 75-325 mg/24h VO
	Con fibrinólisis	Tratamiento antiagregante	Clopidogrel	Carga 300mg VO. si >75 años: 75mg Mantenimiento: 75 mg/24h VO
			Enoxaparina	30 mg IV + 1mg/Kg SC/12h a los 15 min >75 años: Sin bolo IV y a 0,75mg SC/12h CCI < 30 ml/min, dosis/24h
		Tratamiento anticoagulante	Heparina	Bolo 60 UI/Kg (Max 4000UI) PCIV 12 UI/Kg x 48h para TTPA 50-70 seg
			Fondaparinux	Descartar q exista insuficiencia renal 2,5 mg IV + 2,5mg/24h x8d o hasta el alta
AAS			Carga de 150-325mgVO o 250-500mg IV Mantenimiento 75-325 mg/24h VO	
Sin reperfusión		Tratamiento antiagregante	Clopidogrel	75mg VO/24h
	Tratamiento anticoagulante		Mismo tratamiento que con la fibrinólisis.	

SCASEST	Tratamiento antiagregante	AAS	Carga 160-325 mg VO, mantenimiento 75-100mg/24h
		Clopidogrel	Carga 300mg/24h VO, mantenimiento 75mg/24h
	En SCASEST de alto riesgo con bajo riesgo de sangrado asociar un anti-GPIIb/IIIa	Abciximab (Reopro®)	Bolo IV 0,25 mg/Kg PCIV 0,125 mcg/Kg/min (max 10 mcg/min) 12-24h
		Eptifibatide (Integrilin®)	PC IV 2 mcg/Kg/min durante 72-96h
		Tirofiban (Agrastat®)	0,4 mcg/kg/min IV en 30 min 0,1 mcg/Kg/min durante 48-96h
		Fondaparinux (Arixtra®)	2,5 mg/d SC
	Tratamiento anticoagulante	Enoxaparina (Clexane®)	1mg/Kg/12h SC
		HNF	Bolo IV 60-70 UI/Kg (maximo 5000 IU) PCIV 12-15 UI/Kg/h (Max 1000 UI/H) Objetivo TTPAc 1,5-2,5
		Bivalirudina	Bolo IV 0,1mg/kg + PCIV 0,25mg/Kg/h Pre-ICP: Bolo adicional 0,5mg/Kg y aumento de PCIV a 1,75 mg/Kg/h

7. Bloqueo neurohormonal y tratamiento antiisquémico:

Fármaco	Dosis inicial	Objetivo de tratamiento	Precauciones
Betabloqueante Carvedilol Bisoprolol Atenolol	6,25mg/12h 2,5 mg/24h 5mg/12h	Para FC 50-60 lpm Máximo 25mg/12h Máximo 20mg/24h Máximo 50mg/12h	Bradicardia Hipotensión arterial Disfunción ventricular sintomática Angina vasoespástica Hiperreactividad bronquial
Nitroglicerina	3 comp. SL a intervalo de 15 min Si no control del dolor paso a IV en PC a 10mcg/min Si indicación por HTA o EAP, inicio en PC IV (50mg en 250cc de SG5%)	Subir 10mcg/min cada 10 minutos hasta desaparición del dolor o descenso de TAS>15%. Máximo 200mcg/min. Iniciar descenso si hipotensión arterial o si los síntomas (dolor, disnea, HTA) se han controlado durante 24h	Hipotensión arterial Hipertensión intracraneal o intraocular Miocardiopatía obstructiva Pericarditis constrictiva Disfunción VD Tratamiento con sildenafilo
IECA Captopril Ramipril	6,25 mg 2,5 mg/12 h	Doblar dosis/8h (max 50mg/8h) Hasta 5 mg/12 h	Hipotensión arterial Estenosis de arterial renal Insuficiencia rena, hiperK
ARA2 Valsartán Losartán	20mg/12h 12,5mg/24h	Hasta 160 mg/12 h Hasta 75 mg/24 h	Insuficiencia hepática Estenosis de arterias renales Hiperpotasemia
Eplerenona	25 mg/24h	Hasta 50mg/24h	Disfunción renal o hepática Hiperpotasemia
Inotropicos y vasoactivos	Precauciones y efectos adversos	Disolución (concentración y disolventes)	Ritmo de infusión
Dobutamina	Taquiarritmia Hipotensión arterial Miocardiopatía obstructiva Pericarditis constrictiva	250mg en 250cc de SG5% (250-1000 µg/ml en SF, SG o RL)	PCIV 2,5 - 40 µg/Kg/min

Levosimendan	Hipotensión arterial Taquiarritmia QT prolongado Insuficiencia renal Insuficiencia hepática	25 mg en 500cc de SG5% (0,025 - 0,05 mg/ml en SG)	Bolo inicial de 6-12 µg/Kg, luego: PCIV a 0,1 µg/kg/min Reevaluar en 30-60 minutos: Si hipotensión: 0,05 µg/Kg/min Si tolera: 0,2 µg/Kg/min Mantener 24h
Dopamina	Taquiarritmia Isquemia distal	400mg en 250cc SG5% (max 5mg/ml, SG o SF)	Límite en función de RA
Noradrenalina	Isquemia periférica	50 mg en 250cc SG5% (0,4 mg/mL en SG o SF)	Límite en función de RA

COMPLICACIONES DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

1. **Disfunción ventricular izquierda:** Es la complicación más frecuente del IAM y la principal causa de mortalidad:

Grados de disfunción ventricular izquierda. Tratamiento según clasificación Killip-Kimball y Forrester

Grado		Exploración	Tratamiento
Forrester I	Killip I	Sin estertores ni tercer ruido	
Forrester II	Killip II	EAP <50% campos pulmonares	Oxigenoterapia Furosemida Nitroglicerina IV IECA-BRA2
	Killip III	EAP >50% campos pulmonares	Asociar: Cl. Morfíco Soporte ventilatorio Valorar asociar antialdosterónicos y levosimendán Realizar ETT
Forrester III	Killip IV	Shock cardiogénico sin congestión: Baja precarga + disfunción VI Disfunción de VD	Además: Monitorización HD invasiva *Optimización de precarga *Soporte inotrópico/vasopresor BIACP Asistencia circulatoria mecánica
Forrester IV	Killip IV	Shock cardiogénico: Hipoperfusión TAs<90mmHg Ic<1,8 L/min/m2, PCP>20 mmHg	Además: Monitorización HD invasiva Soporte inotrópico/vasopresor BIACP, asistencia circulatoria mecánica

2. **Infarto de ventrículo derecho:** Debe sospecharse en pacientes con IAM inferior que presentan hipotensión o congestión sistémica. El diagnóstico se realiza mediante ECG (elevación del segmento ST en V4R) y ecocardiografía. En su manejo es fundamental mantener una adecuada precarga (utilizar con precaución opiáceos, nitratos, diuréticos e IECA/ARA II).

3. **Complicaciones mecánicas:** Son las complicaciones asociadas a peor pronóstico:

COMPLICACIÓN (incidencia%)		CLÍNICA	TRATAMIENTO
ROTURA DE PARED LIBRE (0,2-3%)	AGUDA	AESP	RCP. Reparación quirúrgica.
	SUBAGUDA	Recurrencia del dolor Deterioro hemodinámico súbito Derrame pericárdico hemático/taponamiento	Reparación quirúrgica

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (0,5-3%)		Recurrencia del dolor o deterioro clínico súbito, soplo sistólico CIV por ecocardiografía Salto oximétrico en cateterismo	Vasodilatadores BIACP REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE
INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA	Dilatación y disfunción VI	Deterioro respiratorio o hemodinámico	Reperusión Vasoactivos BIACP Tratamiento quirúrgico si no respuesta
	Isquemia del papilar (10-50%)		
	Rotura del papilar (1%)	Deterioro hemodinámico súbito Edema agudo de pulmón	Siempre además recambio valvular

4. **Arritmias:** En todos los pacientes isquémicos deben mantenerse niveles de potasio >4 mEq/L y magnesio >2 mEq/L a fin de minimizar el riesgo de arritmias. El manejo agudo específico de cada arritmia se describe en la siguiente tabla:

	Tipo de arritmia	Tratamiento	
Manejo de arritmias	TV/FV	CVE (ASINC 200J-300J-360J)	
	TVMS refractaria a CVE	Amiodarona Betabloqueantes Sobrestimulación con MP	
	TVMNS sintomática	Betabloqueantes Amiodarona	
	TVPS	QT prolongado Magnesio, isoproterenol, lidocaína, sobrestimulación	
	FA	Ver capítulo específico	
	Bradicardia sinusal con hipotensión	Atropina Marcapasos provisional	
	BAV avanzado	Atropina Marcapasos provisional	
Dosis de antiarrítmicos	Fármaco	Dosis de bolo	Dosis de mantenimiento
	Amiodarona	150 mg en 10 minutos Max 8 bolos en 24h	1 mg/min x 6h + 0,5 mg/min
	Esmolol	500mcg/Kg x 1min + 50mcg/Kg/min x 4 min	60-200 mcg/Kg/min
	Atropina	Bolo 0,5mg	Repetido hasta máximo 2mg
	Isoproterenol	0,05-0,1 mcg/Kg/min	Max 2 mcg/Kg/min

5. **Pericarditis postinfarto:** El dolor producido por la pericarditis se distingue porque es muy agudo y está relacionado con la postura y la respiración. Puede tratarse con dosis alta de aspirina (1.000 mg/24 h).

6. **Angina postinfarto:** Reparación de dolor torácico anginoso o signos de isquemia (en la fase temprana postinfarto (entre las primeras 24 horas y el primer mes) Debe considerarse la posibilidad de repetir arteriografía.

7. **Trombosis intraventricular:** (10-40% de los IAM de localización anterior). Su principal complicación son los embolismos sistémicos y el tratamiento se realiza con anticoagulación, bien con HBPM o HNF de inicio, manteniendo posteriormente anticoagulación oral (objetivo INR 2-3) durante 3 a 6 meses.

Addendum: tratamiento fibrinolítico

Contraindicaciones	Absolutas	ACV hemorrágico o de origen desconocido ACV isquémico en los últimos 6 meses Trauma o neoplasia de sistema nervioso central Trauma o cirugía en las últimas tres semanas Sangrado gastrointestinal en el último mes Coagulopatía conocida Disección aórtica Punciones no compresibles (biopsia hepática, punción lumbar)	
	Relativas	Hipertensión refractaria (TAs>180mmHg, TAd>110mmHg) AIT en los últimos 6 meses Tratamiento anticoagulante oral Embarazo o primera semana de puerperio Endocarditis infecciosa Enfermedad hepática avanzada Úlcera péptica activa PCR refractaria	
Administración del fibrinolítico	Fármaco	Dosis de bolo	Dosis de mantenimiento
	Tenecteplase o TNK-tPA (Metalyse®)	Bolo único según el peso del paciente: <60Kg -> 30mg 60-70 Kg -> 35mg 70-80 Kg -> 40mg 80-90 Kg -> 45mg >90Kg -> 50mg	
Criterios de reperfusión	Desaparición de la clínica de isquemia Disminución del ascenso del segmento ST >50% en las derivaciones con mayor desnivel a los 90 minutos de la administración del fármaco		

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A LARGO PLAZO TRAS UN SCA

1. Fármacos antiagregantes

¹Durante 12 meses en todos los pacientes que no tengan alto riesgo hemorrágico; en estos casos: 1 mes tras stent no recubierto, 6 meses tras stent recubierto de everolimus/zotarolimus o 12 meses tras stent recubierto de rapamicina/paclitaxel. Clopidogrel (75 mg/día) indefinidamente en todos los pacientes con alergia a la aspirina. Prasugrel contraindicado si antecedentes de ictus.

2. Fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico (ver tabla)

3. Fármacos antianginosos

- **Ivabradina ± nitratos ± amlodipino o nifedipino retard:** asociados a BB si angina o lesiones coronarias severas residuales
- **Ivabradina ± verapamilo o diltiazem:** alternativa a BB si contraindicación.

Vacunación contra la gripe estacional

En todos los pacientes.

Vacunación contra el neumococo

En todos los pacientes, cada 5 años.

FÁRMACO	DOSIS MÍNIMA	DOSIS MÁXIMA	COMENTARIOS
---------	--------------	--------------	-------------

Betabloqueantes			
Carvedilol	3.125 mg/12h	25 mg/12h	Evitar si broncoespasmo, FC < 60 lpm o bloqueo AV. Pueden producir impotencia
Bisoprolol	1.25 mg/24h	10 mg/24h	
Nebivolol	1.25 mg/24h	10 mg/24h	
Atenolol	25 mg/24h	50 mg/12h	
IECAs			
Enalapril	2.5 mg/12h	20 mg/8h	Evitar si K > 5.5 mEq/L o creatinina > 3 mg/dL Pueden producir tos seca y angioedema
Ramipril	1.25 mg/12h	5 mg/12h	
ARA II			
Valsartán	40 mg/24h	320 mg/24h	Evitar si K > 5.5 mEq/L o creatinina > 3 mg/dL
Candesartán	4 mg/24h	32 mg/24h	
Antialdosterónicos			
Espironolactona	12.5 mg/24h	50-100 mg/24h	Evitar si K > 5.5 mEq/L o creatinina > 3 mg/dL
Eplerenona	12.5 mg/24h	50 mg/24h	
Ivabradina	5 mg/12h	7.5 mg/12h	No en fibrilación auricular
Nitratos			
	5 mg/24h (TTS) 20 mg/8h (cp)	15 mg/24h (TTS) 40 mg/8h (cp)	Evitar si hipotensión o cefalea
Estatinas			
Atorvastatina	10 mg/24h	80 mg/24h	Vigilar función hepática y aparición de miopatía
Rosuvastatina	5 mg/24h	20 mg/24h	
Calcioantagonistas			
Amlodipino	5 mg/24h	10 mg/24h	Verapamilo y diltiazem contraindicados si FEVI menor del 45%
Nifedipino retard	30 mg/24h	120 mg/24h	
Diltiazem retard	120 mg/12h	240 mg/12h	
Verapamilo retard	120 mg/24h	480 mg/24h	

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO A LARGO PLAZO TRAS UN SCA

- Reducir el consumo de carne roja, dulces y snacks, azúcares añadidos como el que contienen las bebidas, zumos y galletas. Aumentar el consumo de frutas, hortalizas y lácteos con bajo contenido de grasa. También cereales integrales y sus derivados (pan, arroz y pasta) y como alimentos proteicos el pescado, aves como el pollo y el pavo, y frutos secos.

- Actividad física regular de tipo aeróbico (al menos 45 minutos, 5 días a la semana).

- Abandono del tabaquismo.

Objetivos del control de factores de riesgo

- Presión arterial 130-135/80-85 mmHg
- Colesterol LDL < 100 mg/dL (< 70 en diabéticos)
- Triglicéridos < 150 mg/dL
- Glucosa basal < 110 mg/dL y HbA1c 6-7%
- IMC < 25 kg/m²

TRATAMIENTO DE REVASCULARIZACIÓN EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Cardiopatía isquémica crónica

La enfermedad coronaria crónica estable puede tratarse con tratamiento médico solo o en combinación con revascularización mediante ICP o CABG. La revascularización está indicada si existe un área importante de miocardio isquémico o si persisten los síntomas a pesar de administrar un tratamiento médico óptimo.

TABLA 1. Indicaciones de revascularización en enfermedad coronaria estable

■ Objetivo: Mejoría del pronóstico

- Estenosis severa en Tronco común izquierdo
- Estenosis severa en DA proximal
- Enfermedad de 2 o 3 vasos con la función del VI afectada
- Área importante de isquemia probada (> 10% del VI)
- Un único vaso permeable con estenosis severa
- **Objetivo:** Mejoría de los síntomas
- Cualquier estenosis severa con angina que no responde a tratamiento médico.
- Disnea/IC con viabilidad en territorio > 10% del VI irrigado por arteria con estenosis severa.

TABLA 2. ICP frente a CABG en pacientes estables

En la mayoría de pacientes con enfermedad coronaria estable, la revascularización puede ser percutánea o quirúrgica. La elección del tipo de revascularización dependerá de la experiencia y los resultados de cada equipo en los diferentes hospitales y las preferencias del paciente.

Excepciones:

- *Mejor ICP*
 - Enfermedad de 1 o 2 vasos, sin afectación de DA proximal.
 - Riesgo quirúrgico excesivo por comorbilidad significativa.
- *Mejor CABG*
 - Enfermedad de 3 vasos con lesiones complejas y revascularización incompleta en caso de ICP.
 - Tronco común izquierdo + enfermedad de 2 o 3 vasos con lesiones complejas.

Cardiopatía isquémica aguda

SCASEST

Los pacientes con SCASEST constituyen un grupo muy heterogéneo con pronóstico variable. Por este motivo, es fundamental una estratificación precoz del riesgo para optar por una estrategia de tratamiento médico o intervencionista (coronariografía y revascularización si procede).

Estratificación del riesgo y manejo en SCASEST

Riesgo Bajo: no coronariografía de forma rutinaria→si isquemia inducible en test no invasivo o síntomas recurrentes.

En pacientes con SCASEST ya estabilizados con el tratamiento farmacológico inicial, el tipo de revascularización se realizará según la Tabla 2.

SCACEST

En el SCACEST hay una relación directa entre la mortalidad y el tiempo que se tarda en abrir la arteria ocluida. Para minimizar los tiempos de actuación y que la reperfusión sea lo antes posible, es fundamental la implementación de una red de atención sanitaria, bien organizada y basada en diagnóstico prehospitalario del SCACEST y traslado urgente al hospital más cercano con disponibilidad de ICP primaria. El algoritmo de tratamiento de reperfusión en el SCACEST se ha expuesto previamente en el presente capítulo (figura 2).

■ La ICP primaria (reperfusión mecánica) es el tratamiento de elección en pacientes con SCACEST, con mejores resultados que la fibrinólisis (reperfusión farmacológica).

■ El tratamiento fibrinolítico es una alternativa a la reperfusión mecánica cuando la demora en la realización de la ICP primaria es inaceptablemente larga, especialmente en pacientes que habitan en zonas montañosas o rurales o pacientes trasladados a hospitales que no disponen de ICP primaria. Cuando la fibrinólisis no es eficaz debe trasladarse inmediatamente al paciente para una ICP de rescate.

■ La ICP (primaria, de rescate o tras fibrinólisis) debe limitarse a la lesión culpable, a excepción del *shock* cardiogénico. En el shock está indicada la revascularización de todas las arterias con estenosis críticas.

Abreviaturas

ACV: Accidente vascular cerebral.

AESP: Actividad eléctrica sin pulso.

AIT: Accidente isquémico transitorio.

BCRIHH: Bloqueo completo de rama izquierda del haz de His.

BIACP: Balón intraaórtico de contrapulsación.

CRC: Cirugía de revascularización coronaria

DA: Arteria descendente anterior

DL: Dislipemia.

DM2: Diabetes mellitus tipo 2.

ECG: Electrocardiograma.

ETT: Ecocardiograma transtorácico.

FE: fracción de eyección

FEVI: Fracción de eyección de VI

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.

FV: Fibrilación ventricular.

HD: hemodinámica.

HTA: Hipertensión arterial.

Hto: hematocrito.

Ic: Índice cardiaco.

IC: Insuficiencia cardíaca

ICP: Intervención coronaria percutánea

IRA Insuficiencia respiratoria aguda.

IY: Ingurgitación yugular.

OB: Obesidad.

PCIV: Perfusión continua intravenosa.

PCP: presión capilar pulmonar.

RA: reacciones adversas

RHY: Reflujo hepatoyugular.

RL: Ringer Lactato.

SatO₂: Saturación arterial de oxígeno.

SCACEST: Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST

SCASEST: Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

SF: Suero fisiológico.

SG: suero glucosado.

SVA: soporte vital avanzado.

TA: Tensión arterial.

TAd: Tensión arterial diastólica.

TAs: Tensión arterial sistólica.

Tn: Troponina.

TV: Taquicardia ventricular.

TVMNS: Taquicardia ventricular monomórfica no sostenida.

TVMS: Taquicardia ventricular monomórfica sostenida.

TVPS: Taquicardia ventricular polimórfica sostenida.

VI: Ventrículo izquierdo

Bibliografía

1. Bassand JP et al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2007;60(10):1070.
2. Wright RS et al. ACCF/AHA focused update of the guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:1920 –59.
3. Van de Werf F et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(3):e1-e47
4. Antman EM et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction). *Circulation.* 2008;117: 296 –329.
5. Aragonés R. et al. Urgencias y Cuidados crítico Cardiovasculares. 1ª edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2011.
6. Braunwald E. et al. Tratado de cardiología. 8ª edición. Elsevier. 2009.
7. Irwin E. et al. Irwin & Rippe's Intensive Care Medicine. 6ª edición. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia. 2008.
8. Cannon CP et al. Comparison of ticagrelor with clopidogrel in patients with a planned invasive strategy for acute coronary syndromes (PLATO): a randomised double-blind study. *Lancet* 2010 Jan 23;375(9711):283-93.
9. Montalescot G. et al. Prasugrel compared with clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction (TRITON-TIMI 38): double-blind, randomised controlled trial. *Lancet.* 2009 Feb 28;373(9665):723-31.
10. Wiviott SD. Et al. [Prasugrel compared with high loading- and maintenance-dose clopidogrel in patients with planned percutaneous coronary intervention: the Prasugrel in Comparison to Clopidogrel for Inhibition of Platelet Activation and Aggregation-Thrombolysis in Myocardial Infarction 44 trial](#). *Circulation.* 2007 Dec 18;116(25):2923-32.