

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:**

<b>Signos de riesgo vital</b>	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

<b>Medidas generales</b>	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**

	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis inicial</b>	<b>Pauta de continuación</b>
<b>Tratamiento analgésico</b>	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
<b>Tratamiento antiemético</b>	Metoclopramida (Primperán ®)	5 – 10 mg IV	Dosis máxima 10mg/6h IV
	Ondansetrón (Zofran ®)	4-8 mg IV	Dosis máxima 8mg/8h IV
<b>Control glucémico</b>	Insulina rápida	0,03 UI *Glucemia SC	Ajustar dosis según resistencia a insulina para objetivo de glucemia 90-140 mg/dL.
<b>Vagolíticos</b>	Atropina	0,5-1 mg IV	Dosis máxima bolo2 mg
<b>Ansiolíticos</b>	Diazepam (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).**

<b>SCACEST</b>	<b>Con ICP primaria</b>	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
	<b>Con fibrinólisis</b>	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
		<b>Sin reperfusión</b>	Tratamiento antiagregante	Clopidogrel
Tratamiento anticoagulante	Mismo tratamiento que con la fibrinólisis.			

<b>SCASEST</b>	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 vasoespática 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
<b>Inotropicos y vasoactivos</b>	<b>Precauciones y efectos adversos</b>	<b>Disolución</b> (concentración y disolventes)	<b>Ritmo de infusión</b>
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
<b>ROTURA DE PARED LIBRE</b> (0,2-3%)	AGUDA	AESP	RCP. Reparación quirúrgica.
	SUBAGUDA	Recurrencia del dolor Deterioro hemodinámico súbito Derrame pericárdico hemático/taponamiento	Reparación quirúrgica

<b>COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (0,5-3%)</b>		Recurrencia del dolor o deterioro clínico súbito, soplo sistólico CIV por ecocardiografía Salto oximétrico en cateterismo	Vasodilatadores BIACP REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE
<b>INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA</b>	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:

	<b>Tipo de arritmia</b>	<b>Tratamiento</b>	
<b>Manejo de arritmias</b>	TV/FV	CVE (ASINC 200J-300J-360J)	
	TVMS refractaria a CVE	Amiodarona Betabloqueantes Sobrestimulación con MP	
	TVMNS sintomática	Betabloqueantes Amiodarona	
	TVPS	<b>QT prolongado</b> Magnesio, isoproterenol, lidocaína, sobrestimulación	
	FA	Ver capítulo específico	
	Bradicardia sinusal con hipotensión	Atropina Marcapasos provisional	
	BAV avanzado	Atropina Marcapasos provisional	
<b>Dosis de antiarrítmicos</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis de bolo</b>	<b>Dosis de mantenimiento</b>
	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**

<b>Contraindicaciones</b>	<b>Absolutas</b>	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)	
	<b>Relativas</b>	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	
<b>Administración del fibrinolítico</b>	<b>Fármaco</b>	<b>Dosis de bolo</b>	<b>Dosis de mantenimiento</b>
	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	
<b>Criterios de reperfusión</b>	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**

<sup>1</sup>Durante 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
---------	--------------	--------------	-------------

<b>Betabloqueantes</b>			
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	
<b>IECAs</b>			
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	
<b>ARA II</b>			
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	
<b>Antialdosterónicos</b>			
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	
<b>Ivabradina</b>	5 mg/12h	7.5 mg/12h	No en fibrilación auricular
<b>Nitratos</b>			
	5 mg/24h (TTS) 20 mg/8h (cp)	15 mg/24h (TTS) 40 mg/8h (cp)	Evitar si hipotensión o cefalea
<b>Estatinas</b>			
Atorvastatina	10 mg/24h	80 mg/24h	Vigilar función hepática y aparición de miopatía
Rosuvastatina	5 mg/24h	20 mg/24h	
<b>Calcioantagonistas</b>			
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/m<sup>2</sup>

#### 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.

SatO<sub>2</sub>: 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.