



# Actualización del Consenso de Síndromes Coronarios Agudos con Elevación del Segmento ST - 2019

## Autoridades

**Director:** Dr. Carlos Tajer.

**Co-Director:** Dr. Adrián Charask

**ACN:** Dr. Maximiliano de Abreu, Dra. Paola Rojas

# EPIDEMIOLOGIA DEL IAMCEST

## Incidencia

EDITORIAL

### ¿Cuántos infartos hay en la Argentina?

DANIEL FERRANTE<sup>MTSAC</sup>, CARLOS D. TAJER<sup>MTSAC</sup>

el número total de infartos hospitalizados para el año 2005 sería de 42.025 (31.757 en hombres y 10.269 en mujeres), lo cual implicaría una incidencia anual de 10,8 por 10.000 habitantes de todas las edades y de 24,5 por 10.000 mayores de 35 años.

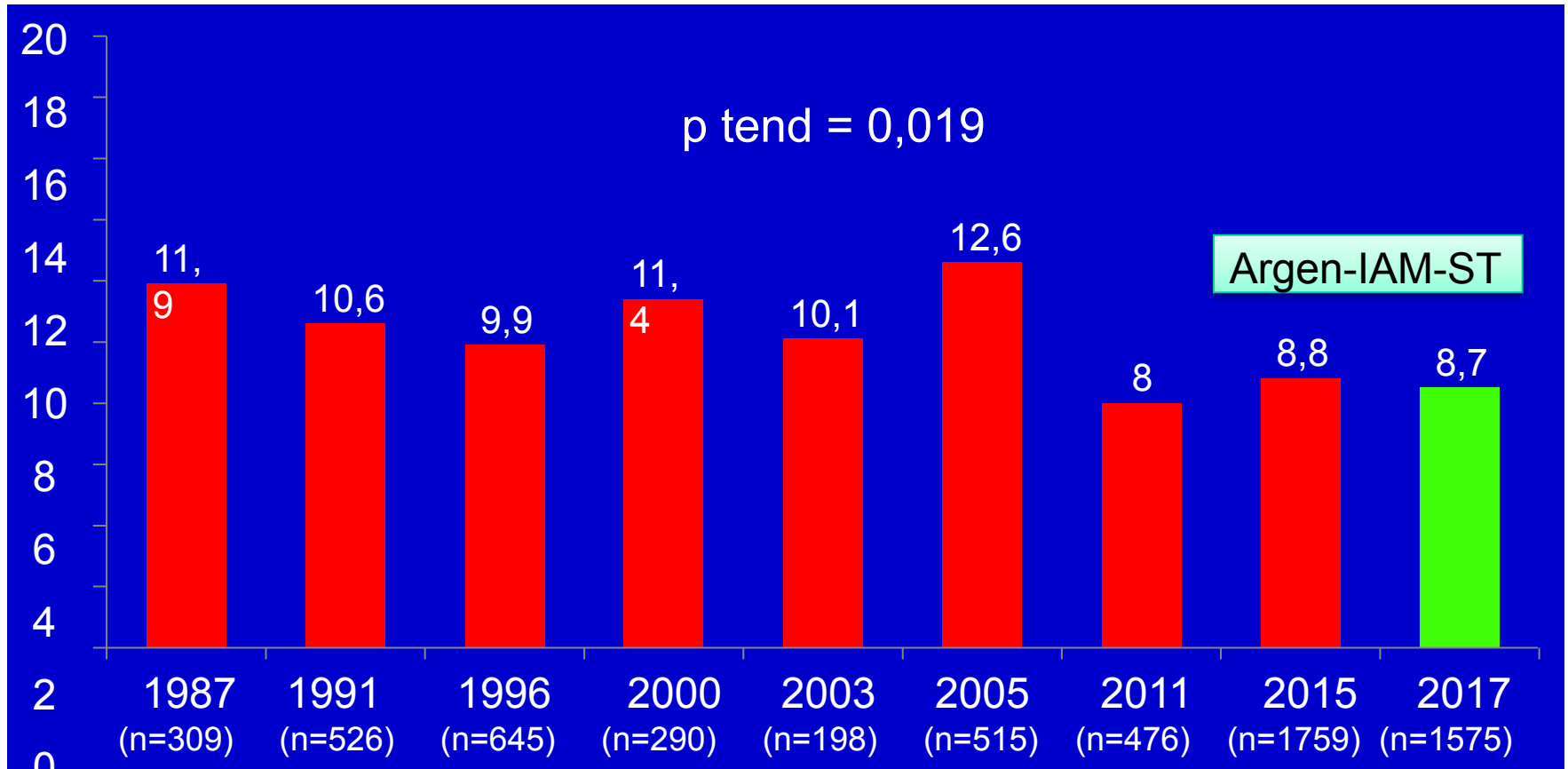
*¿Cuántos infartos hay en la Argentina? Ferrante D, Tajer Rev Arg Cardiol 75, Mayo- Junio 2007*

# EPIDEMIOLOGIA DEL IAMCEST

## Mortalidad prehospitalaria

- 4 de cada 5 muertes por IAM ocurren antes de ingresar al hospital
- El estudio REGIBAR estimó que la letalidad global del infarto es en realidad 46,5%.
- La tasa de mortalidad poblacional por infarto sería de 59,4 por 100000 habitantes y se proyecta para los habitantes en 2015 un total de 25800 muertes.a

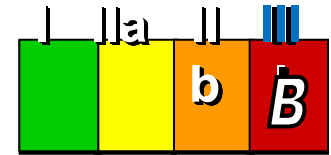
# Evolución de la Mortalidad Intrahospitalaria



# Revascularización Completa vs. Incompleta

**En ausencia de shock cardiogénico**, se debe considerar realizar **ATC en lesiones no causales del infarto** en pacientes estables, siempre que sean graves ( $> 70\%$  por estimación visual,  $\leq 0,80$  por FFR o isquemia demostrada por estudios funcionales), realizada de preferencia en el mismo momento o antes del alta luego de tratar exitosamente la arteria culpable en especial si presentan características de severidad o inestabilidad de la placa.\*

**En shock cardiogénico** secundario a IAMCEST no se recomienda realizar **ATC en arterías no responsables** del infarto.

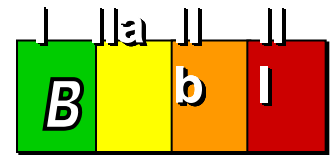
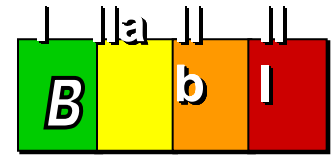


\* Utilizando, preferentemente SFA e inhibidores de la GP IIb/IIIa durante el procedimiento

# Demoras en Reperfusión y Algoritmos

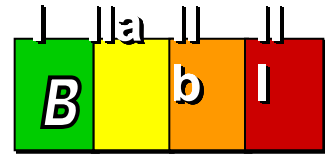
El personal de la ambulancia debe estar entrenado y equipado para identificar un IAMCEST (usando registros ECG y telemetría según sea necesario) y para administrar el tratamiento inicial, incluida la trombólisis cuando sea necesaria.

Se recomienda que el tratamiento prehospitalario de pacientes con IAMCEST se base en un programa regional de atención sanitaria diseñado para administrar tratamiento de reperfusión oportuna y eficazmente y ofrecer la ATC-p al mayor número de pacientes posible.



# Demoras en Reperfusión y Algoritmos

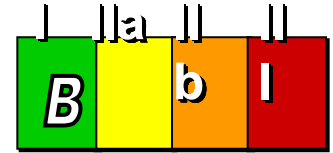
Se recomienda que los centros con ATC-p ofrezcan este servicio ininterrumpidamente, garantizando que la ATC-p se realice lo antes posible y no más tarde de 60 minutos desde la llegada del paciente al hospital.



# Demoras en Reperfusión y Algoritmos

Todos los hospitales y servicios de urgencias que participen en la atención de pacientes con IAMCEST deben registrar y monitorizar el tiempo de retraso y trabajar para alcanzar y mantener los siguientes objetivos de calidad:

- Desde el primer contacto médico al primer ECG  $\leq 10$  minutos



- Para fibrinólisis  $\leq 30$  minutos

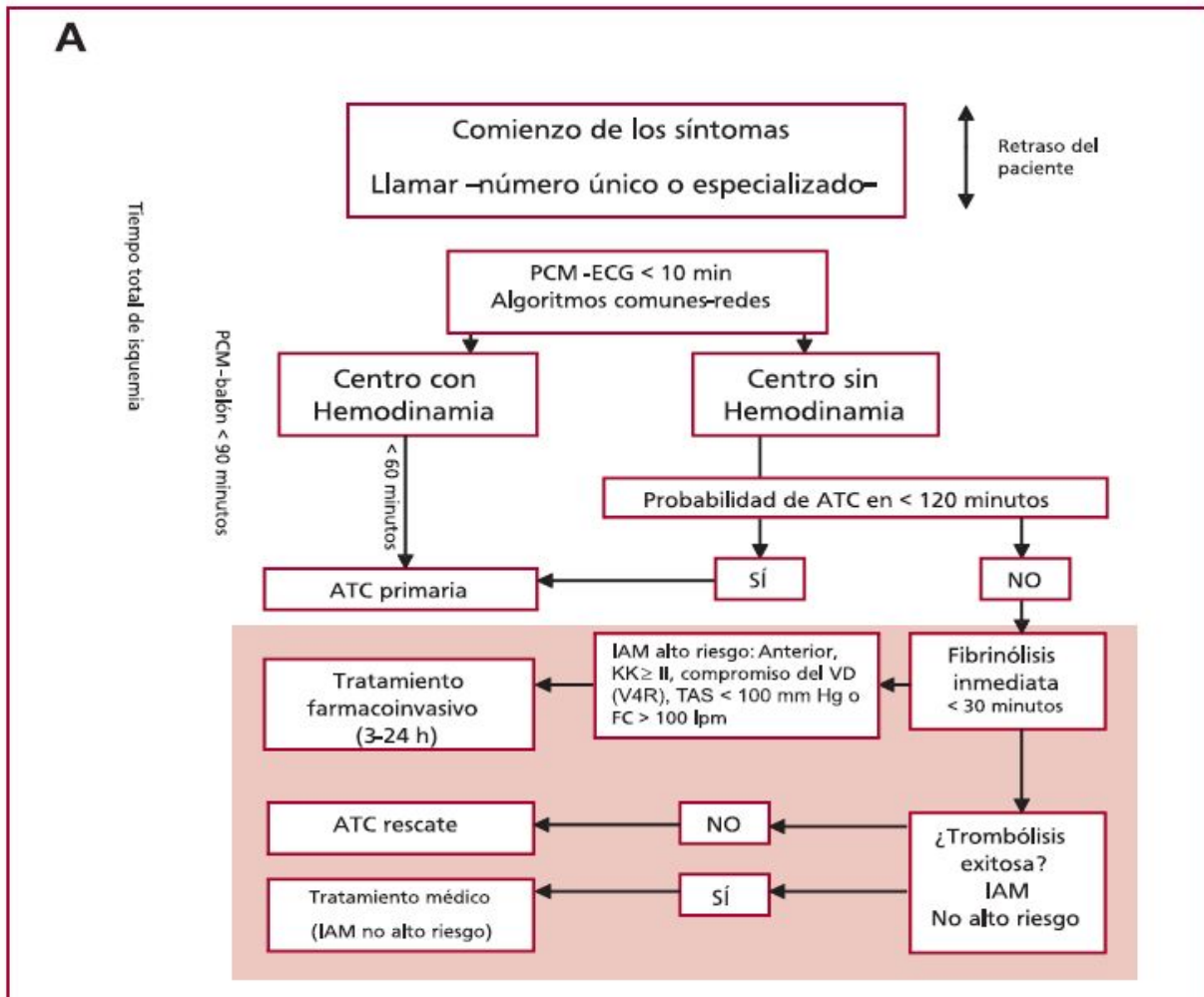
Para la ATC-p  $\leq 90$  minutos ( $\leq 60$  min si el paciente se presenta en los primeros 120 min

desde el inicio de los síntomas o directamente a un centro con capacidad para realizar ATC-p)



# Algoritmo A

## A- Farmacoinvasivo selectivo



# Algoritmo B

## B- Farmacoinvasivo Sistemático

B

