

Directivas del ACC y de la AHA para el Manejo de Pacientes con Infarto de Miocardio con ST Elevado: Antes del Infarto de Miocardio

Antman et al., Management of Patients with STEMI; Executive Summary. J Am Coll Cardiol 2004,44:671-719

Traducción: Dr. Bernardo Rubén Bur

3. Manejo antes del IM con ST elevado

Un tercio de los pacientes que experimentan IMSTE morirá dentro de las 24 horas del comienzo de la isquemia, y muchos de los sobrevivientes sufrirán morbilidad significativa (24). Para muchos pacientes, la primera manifestación de enfermedad coronaria (EC) será la muerte súbita. Los factores de riesgo mayor para el desarrollo de EC e IMSTE están bien establecidos. Ensayos clínicos demostraron que la modificación de tales factores de riesgo puede prevenir el desarrollo de EC (prevención primaria) o reducir el riesgo de sufrir IMSTE en pacientes que tienen EC (prevención secundaria). Todos los médicos deben poner énfasis en la prevención y derivar los pacientes a los proveedores de cuidado primario para un adecuado cuidado preventivo a largo plazo. Además de los médicos internistas y clínicos, los cardiólogos tienen un rol señero importante en los esfuerzos de prevención primaria (y secundaria).

3.1. Identificación de Pacientes en Riesgo de IMSTE

Clase 1

1. Los proveedores de cuidado primario deben evaluar la presencia y estado de control de los factores de riesgo mayor de EC para todos los pacientes a intervalos regulares (aproximadamente cada 3 a 5 años). (*Nivel de Evidencia: C*)
2. El riesgo a 10 años (Programa Nacional de Educación en Colesterol {PNEC}, riesgo global) de desarrollo sintomático de EC, debe calcularse para todos los pacientes que tengan 2 ó más factores de riesgo mayor para señalar la necesidad de estrategias de prevención primaria (59). (*Nivel de Evidencia: B*)
3. Los pacientes con EC establecida deben identificarse para prevención secundaria, y los pacientes con un riesgo equivalente de EC (p.ej.: diabetes mellitus, nefropatía crónica, o riesgo a 10 años mayor del 20% como se calculó por las ecuaciones de Framingham) deben recibir intervención igualmente intensiva sobre los factores de riesgo de manera similar a aquellos que tienen EC clínicamente evidente. (*Nivel de Evidencia: A*)

Los factores de riesgo mayor para desarrollar EC (o sea: tabaquismo, historia familiar, dislipemias, e hipertensión arterial) fueron establecidos a partir de amplios estudios epidemio-

lógicos a largo plazo (59, 60). Tales factores de riesgo son predictivos para la mayoría de las poblaciones de EEUU. Las acciones de prevención primaria dirigidas a estos factores de riesgo son eficaces cuando se utilizan adecuadamente. Las mismas pueden también ser costosas en cuanto al tiempo concreto de cuidado primario, descuido de la atención hacia otras necesidades de cuidado sanitario competente e importante, y del gasto, pudiendo ser ineficaces excepto si se destinan a pacientes de alto riesgo (61). Es por ello importante, para los proveedores de cuidado primario, realizar la identificación de pacientes en riesgo, quienes tienen la mayor probabilidad de beneficiarse con la prevención primaria, que es parte de la rutina en el cuidado de la salud de todas las personas. El tercer informe del PNEC provee directivas para la identificación de tales pacientes (59).

Los pacientes con 2 ó más factores de riesgo que tienen aumento del riesgo a 10 años, alcanzarán el máximo beneficio de la prevención primaria, pero cualquier paciente individual con un solo factor de riesgo elevado es candidato para la prevención primaria. Esperar hasta que el paciente desarrolle múltiples factores de riesgo y aumento del riesgo a 10 años, contribuye a la alta prevalencia de EC en los EEUU (59, 62). Tales pacientes deben tener su riesgo específicamente calculado por cualquiera de los diversos instrumentos de pronóstico válidos, disponibles ya sea como impresos (59, 61), o en Internet (64), o utilizables en una computadora o APD (Asistente Personal Digital) (59). Los niveles de riesgo específico en los pacientes determinan las reducciones absolutas de riesgo que ellos pueden obtener de las acciones preventivas y guían la selección además de la prioridad de esas acciones. Por ejemplo, los niveles programados para el descenso de los lípidos así como el tratamiento hipotensor, varían según el riesgo basal del paciente. Una cifra determinada de riesgo también puede servir como poderosa acción educativa para motivar los cambios en el estilo de vida (65).

3.2. Acciones para Reducir el Riesgo de IMSTE

Los beneficios de la prevención del IMSTE en pacientes con EC están bien documentados en forma amplia (62, 66-68). Los pacientes con EC establecida deben ser identificados para la prevención secundaria, y los pacientes con

riesgo equivalente de EC (p.ej.: diabetes mellitus, nefropatía crónica, o riesgo a 10 años mayor del 20% calculado según las ecuaciones de Framingham) deben recibir acciones igualmente intensivas sobre sus factores de riesgo para la prevención primaria del alto riesgo sin discriminación de sexo (69). Los pacientes con diabetes y vasculopatía periférica tienen riesgos basales de IMSTE similares a los de los pacientes con EC diagnosticada, lo mismo que los pacientes con factores de riesgo múltiples cuya predicción de riesgo calculado es mayor del 20% a 10 años, de acuerdo a lo estimado por las ecuaciones de Framingham (59). Esos pacientes deben considerarse portadores de equivalentes de riesgo para EC, y se puede prever que tengan un beneficio absoluto similar con la prevención a aquéllos que tienen EC establecida.

Se debe estimular el abandono del tabaco a todos los pacientes que fuman y para ello se les debe proporcionar ayuda en todas las ocasiones que se presenten. Hasta una simple recomendación por un clínico para abandonar el tabaco puede tener un significativo impacto sobre la tasa de cese en el fumar. Las estrategias más eficaces para estimular el abandono son las que identifican el nivel o estadio de predisposición del paciente y las que proveen información, apoyo y, si es necesaria farmacoterapia dirigida a la disposición y necesidades específicas (66-70). La farmacoterapia puede incluir el reemplazo de la nicotina o medicación para retirarla o reducirla, como el bupropión. La mayoría de los pacientes requiere diversos intentos antes del éxito en cuanto al abandono definitivo. Se puede encontrar debate adicional en este campo en la Guía 2002 de Actualización para el Manejo de Pacientes con Angina Estable Crónica, del ACC y la AHA (71).

Todos los pacientes deben ser instruidos y estimulados a mantener dietas adecuadas de bajas grasas saturadas y bajo colesterol, altas en fibras solubles (viscosas) y ricas en verduras, frutas y granos enteros. Las estatinas tienen la mejor evidencia de resultado exitoso en apoyo de su uso y deben ser el principal sustento del tratamiento farmacológico (62). Los niveles adecuados para el manejo de los lípidos dependen del riesgo basal; para los detalles, el lector puede recurrir al informe del PNEC (Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol) (59).

Los pacientes de prevención primaria con hipertensión deben ser tratados de acuerdo con las recomendaciones del Séptimo JOINT NATIONAL COMMITTEE de Hipertensión Arterial (JNC-7) (72, 73). Las recomendaciones de tratamiento específico se basan en el nivel de hipertensión y de otros factores de riesgo del paciente. Debe sugerirse una dieta hipograsa y

rica en verduras, frutas, y productos lácteos descremados, así como un programa regular de ejercicio aeróbico, para todos los pacientes hipertensos. La mayoría de los pacientes requerirá más de 1 medicamento para lograr el control de la tensión arterial, y la farmacoterapia debe comenzar con medicamentos de reconocido resultado favorable (principalmente diuréticos tiazídicos como primera elección, con el agregado de betabloqueantes, inhibidores de ECA, bloqueadores de los receptores de angiotensina y bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada) (72.74). La hipertensión sistólica es un fuerte predictor de mal resultado, particularmente entre pacientes ancianos, los que deben ser tratados aunque las tensiones diastólicas sean normales (75).

La profilaxis con aspirina puede en raras ocasiones provocar complicaciones hemorrágicas y sólo debe utilizarse en prevención primaria cuando el nivel de riesgo lo justifique. Los pacientes cuyo riesgo de EC a 10 años sea igual o mayor al 6% tienen mayor probabilidad de beneficiarse y en tales pacientes debe discutirse la profilaxis primaria con 75 a 162 mg de aspirina por día (76-79).

3.3. Educación del Paciente para el Reconocimiento Temprano y Respuesta al IMSTE Clase 1

1. Los pacientes con síntomas de IMSTE (molestia precordial con o sin irradiación hacia uno o ambos brazos, dorso, nuca, maxilar inferior, o epigastrio; respiración corta; debilidad; sudoración, náuseas, mareo) deben ser trasladados al hospital de preferencia en ambulancia antes que por amigos o parientes. (Nivel de Evidencia: B)
2. Los proveedores de cuidado sanitario deben encarar activamente los siguientes temas en cuanto al IMSTE con los pacientes y sus familias:
 - a. El riesgo de ataque cardíaco en el paciente (Nivel de Evidencia: C)
 - b. Cómo reconocer los síntomas de IMSTE (Nivel de Evidencia: C)
 - c. La conveniencia de llamar al 9-1-1 si los síntomas no mejoran o empeoran luego de 5 minutos, aunque se dude de los síntomas o se tema una situación compleja (Nivel de Evidencia: C)
 - d. Un plan para el reconocimiento adecuado y una respuesta ante un probable evento cardíaco, incluyendo el número telefónico para acceder a un SEM (Servicio de Emergencia Médica), generalmente el 9-1-1 (80) (Nivel de Evidencia: C)
3. Los proveedores de cuidado sanitario deben instruir a sus pacientes a los cuales se les ha prescrito nitroglicerina antes de

tomar UNA dosis sublingual de la misma en respuesta a la molestia o dolor precordial. Si la molestia o dolor precordial no mejora o empeora dentro de los 5 minutos de haber tomado 1 dosis, se recomienda que el paciente o un familiar o amigo llame al teléfono de Emergencia (911) de inmediato (Nivel de Evidencia: C)

La morbilidad y mortalidad del IMSTE puede ser reducida significativamente si los pacientes y las personas presentes reconocen los síntomas en forma temprana, activan el sistema de emergencia médica, de ese modo abrevian el tiempo de tratamiento definitivo. Los pacientes con posibles síntomas de IMSTE deben ser trasladados al hospital de preferencia por ambulancia antes que por amigos o parientes, puesto que existe una asociación significativa entre la llegada al DE (departamento de emergencias) por ambulancia y la terapia de reperfusión precoz. (81-84). Además, los técnicos de Emergencias Médicas y los paramédicos pueden proporcionar acciones de biosalvataje (p.ej., resucitación cardiopulmonar temprana –RCP- y desfibrilación) si el paciente desarrolla paro cardíaco. Aproximadamente 1 de cada 300 pacientes con precordialgia, llevado hasta el DE por vehículo particular, entra en paro cardíaco durante el traslado (85).

Diversos estudios han confirmado que los pacientes con IMSTE habitualmente no llaman al 9-1-1 y no son trasladados al hospital en ambulancia. Un examen de seguimiento de pacientes con precordialgia, que se presentaron en Departamentos de Emergencia participantes en 20 comunidades de EEUU, los que fueron liberados o bien ingresados al hospital por un evento coronario confirmado, reveló que la cantidad promedio de pacientes que utilizaron SEM (servicio de emergencias) fue del 23%, con diferencia geográfica significativa (rango entre 10% y 40%). La mayoría de pacientes fueron conducidos por alguna otra persona (60%) o se condujeron ellos mismos al hospital (16%) (86). En el RNIM 2 (Registro Nacional de Infarto de Miocardio 2), poco más de la mitad (53%) fueron transportados al hospital por ambulancia (82).

Se informó que la toma de una aspirina, por parte de los pacientes, en respuesta a síntomas agudos estuvo asociada con una demora en llamar al SEM. Los pacientes deben concentrarse en llamar al 9-1-1 que pone en marcha el SEM donde pueden recibir instrucciones de los responsables de emergencia médica para masticar aspirina (162 a 325 mg) mientras el personal de emergencia va en camino, o bien el personal de emergencia puede darle una aspirina al paciente durante el traslado al hospital (98). Alternativamente, los pacientes pueden recibir

una aspirina como parte de su tratamiento precoz una vez llegados al hospital, si no le ha sido administrada previamente al ingreso (3).

Los proveedores de EM deben apuntar hacia aquellos pacientes con riesgo aumentado para IMSTE, concentrándose en pacientes reconocidos de EC, vasculopatía periférica, o vasculopatía cerebral, los diabéticos, y los que tengan riesgo Framingham, o mayor del 20%, de EC a 10 años (99). Ellos deben poner énfasis en que la molestia precordial habitualmente no será dramática, tal como suele presentarse equívocamente en televisión o películas donde se trata de un ataque cardíaco “estilo Hollywood”. Los proveedores de emergencias médicas también deben describir los equivalentes de angina y los síntomas comúnmente asociados de IMSTE (p.ej., respiración corta, sudor frío, náusea, o mareo), tanto en varones como en mujeres (83), así como la frecuencia aumentada de síntomas atípicos en pacientes añosos (100).

En septiembre de 2001, el programa NHAAP y la AHA lanzaron una campaña urgiendo a los pacientes y proveedores sanitarios a “Actuar a tiempo ante los signos de ataque cardíaco” (101). La campaña urge tanto a hombres como a mujeres, que sientan síntomas de ataque cardíaco o que observen esos signos en otras personas, a no demorar más de algunos pocos minutos, 5 como máximo, en llamar al 9-1-1 (101, 102). Los materiales de la campaña destacan que los pacientes pueden aumentar su posibilidad de sobrevivir a un IMSTE aprendiendo a reconocer los síntomas y completando un plan de sobrevida. A dichos pacientes se les sugiere hablar con su médico sobre el tema del ataque cardíaco y cómo reducir su riesgo de padecerlo. Los materiales del paciente incluyen un folleto gratuito sobre los síntomas y medidas recomendadas para sobrevivir, en Inglés (103) y en Español (104), como así también una tarjeta de bolsillo gratuita que puede ser llenada con información médica de emergencia (105). Los materiales relacionados directamente con los proveedores de atención médica incluyen un Formulario con Plan de Acción del Paciente (106), que contiene los síntomas de alarma de ataque cardíaco y los pasos para desarrollar un plan de sobrevida identificado con el nombre del paciente; una tarjeta rápida de referencia para dirigir preguntas comunes del paciente sobre la búsqueda de tratamiento precoz para sobrevivir a un ataque cardíaco (107), incluyendo una versión para PC portátil (108); y un afiche con signos de alarma (109). Esos y otros materiales se encuentran disponibles en el “Actúe a Tiempo” (Act in Time), Página Web = www.nlh.gov/actintime (51, 101) (Figura 5).