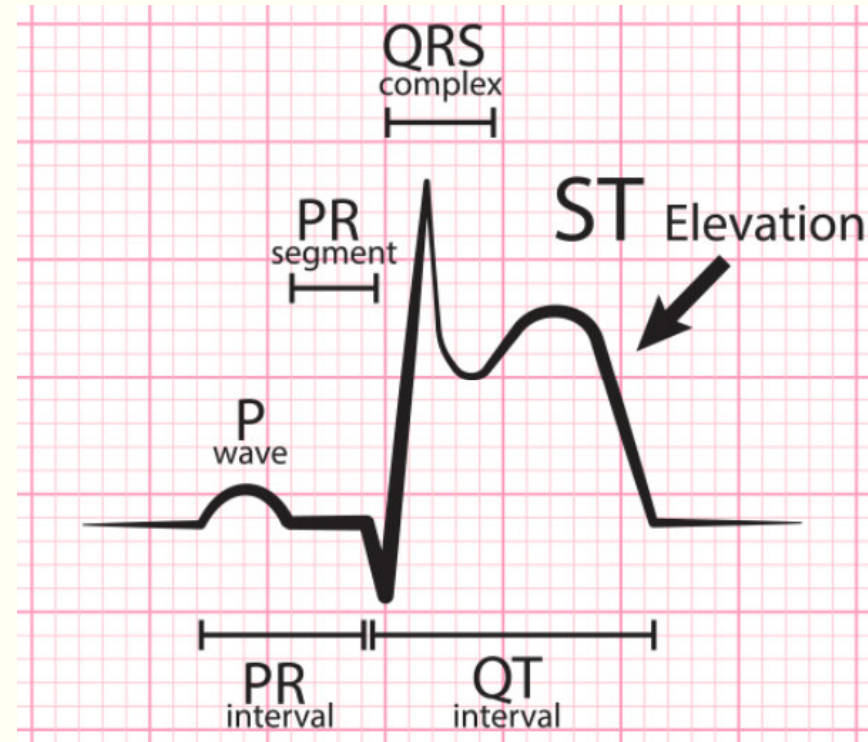


SCACEST



SCACEST

- Varón de 58 años.
- FRCV: Fumador de 15 cig/día. DLP sin tratamiento.
- Tras una cena copiosa y alcohol. Le despierta una sensación de **opresión precordial** y náuseas que no mejora tras tomar antiácidos. Avisa a los servicios de emergencias tras una hora del inicio de los síntomas.



SCACEST: *Primer Contacto Médico*

- Consciente, **pálido, sudoroso**, bien perfundido, taquipneico.
- TA 150/70 mmHg, FC 84 lpm. **Sat O₂ 91%** (aire ambiente).
- AC: rítmico sin soplos.
- AR: MVC con crepitantes bibasales.
- **Killip II.**

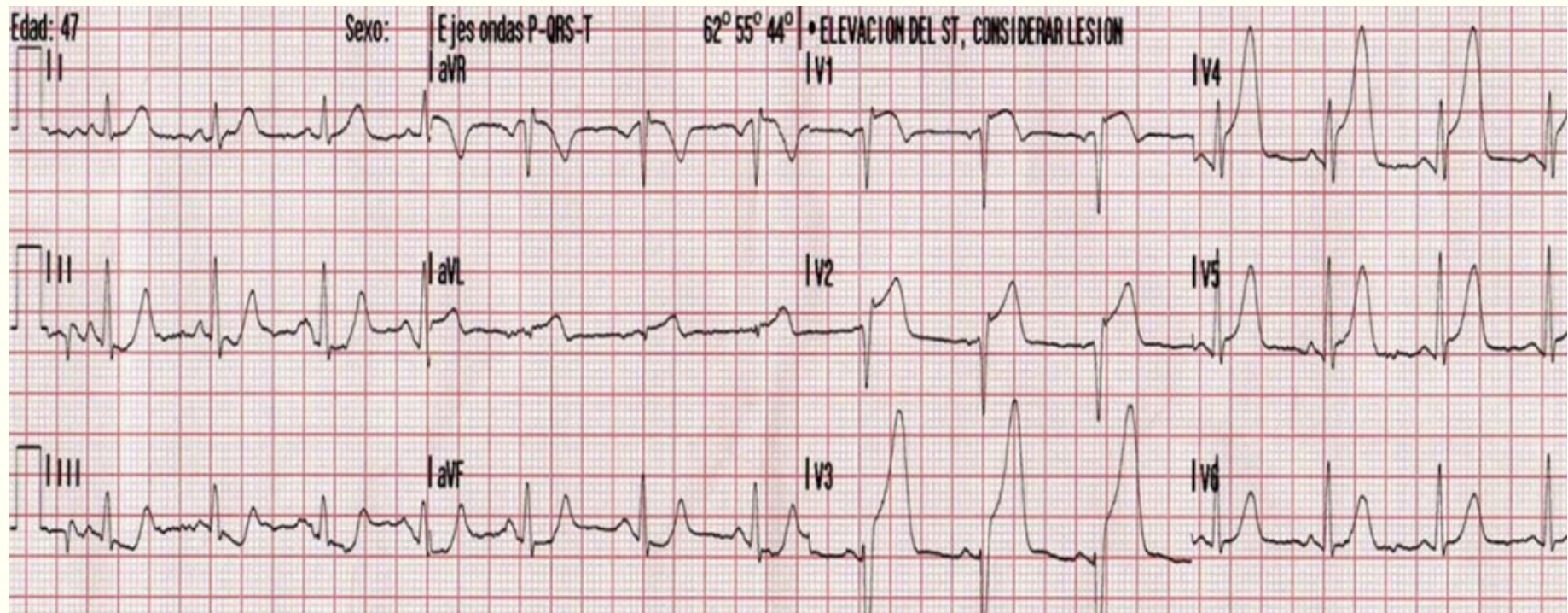


Está indicado registrar e interpretar el **ECG** de 12 derivaciones tan pronto como sea posible en el lugar del **PCM**, con un retraso máximo de **10 min**^{36,38}

Está indicada la **monitorización** electrocardiográfica con capacidad de **desfibrilación** ni bien sea posible para todo paciente con sospecha de IAMCEST^{44,45}

I	B
I	B

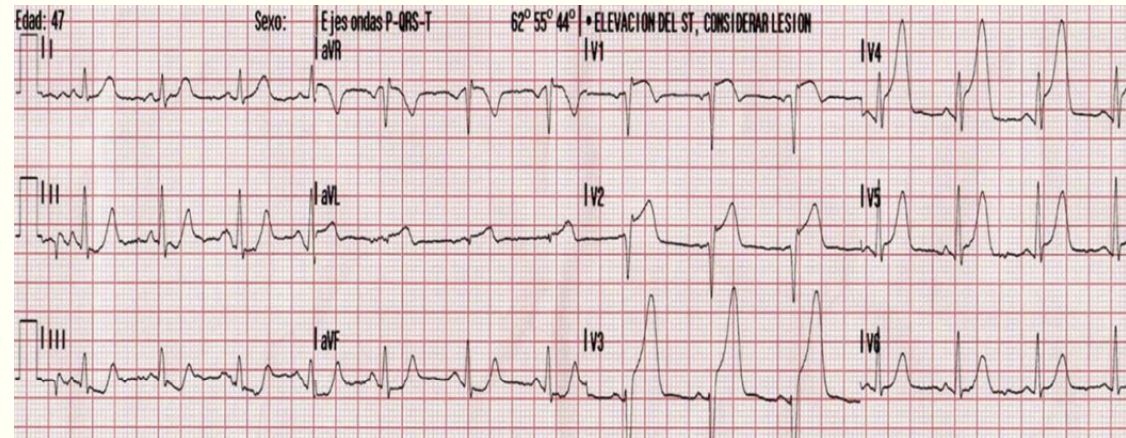
SCACEST: *Diagnóstico*



SCACEST: *Diagnóstico*

A53

- Elevación del ST $\geq 2,5$ mm en varones <40 años.
- Elevación del ST ≥ 2 mm en varones >40 años.
- Elevación del ST $\geq 1,5$ mm en mujeres en V2-V3 o > 1 mm en resto derivaciones.



- **TCI o multivaso:** elevación del ST 1mm en aVr y descenso 1mm en 8 derivaciones.
- **IAM inferior:** precordiales derechas (V3R-V4R) **afectación VD**
- **IAM posterior** (descenso ST V1-V3 con T +): precordiales posteriores V7-V9.

A54



Nombre: | 12 Derivaciones 1 | *Esta ignorado. La calidad de sus datos no permite su interpretación

Identidad: 083186215813 | 31 Ago 06 | 21:53:32

Identidad del paciente:

Incidente:

Edad: 48

Debe considerarse el uso de derivaciones adicionales de la pared torácica posterior (V ₇ -V ₉) en pacientes con sospecha de IAM posterior (oclusión de la circunfleja) ^{8,46-49}	IIa	B
Debe considerarse el uso de derivaciones precordiales derechas (V ₃ R y V ₄ R) en pacientes con IAM inferior para identificar el infarto del VD concomitante ^{8,43}	IIa	B

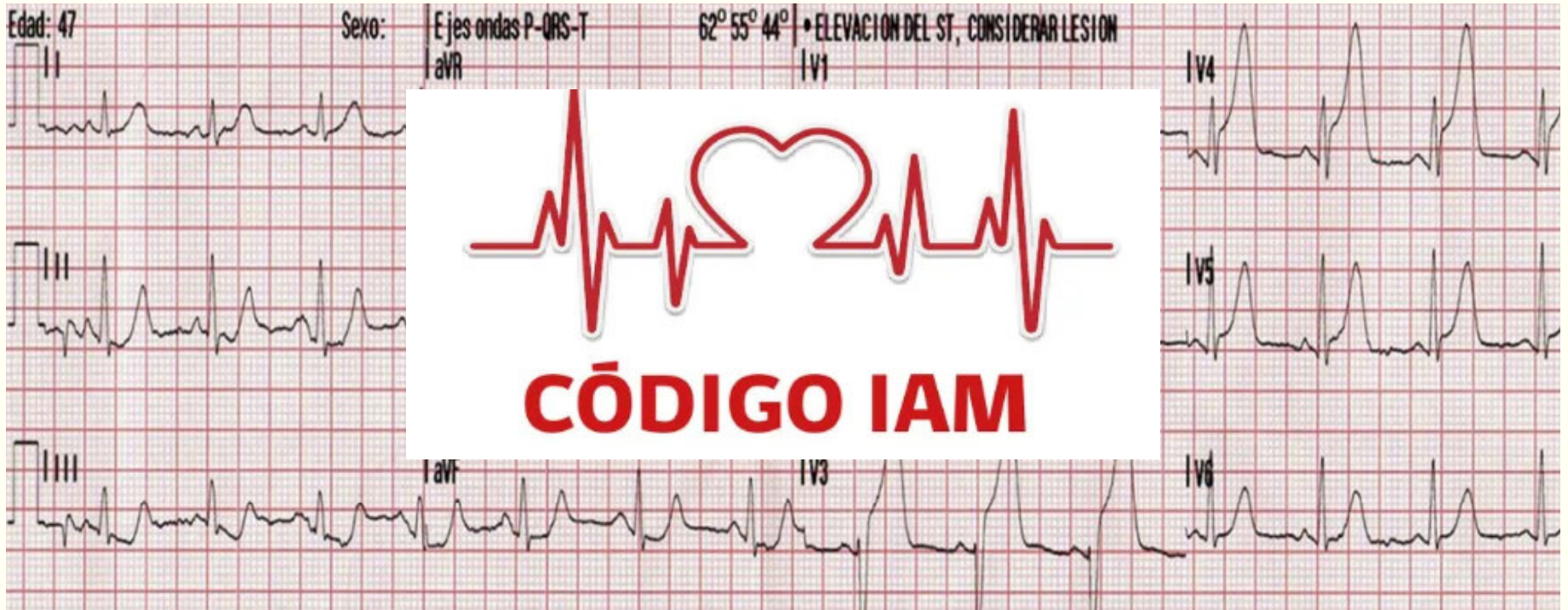
Diapositiva 5

A53 En el contexto clínico apropiado, la elevación del ST puede indicar una oclusión coronaria aguda si ...

Autor; 25/06/2020

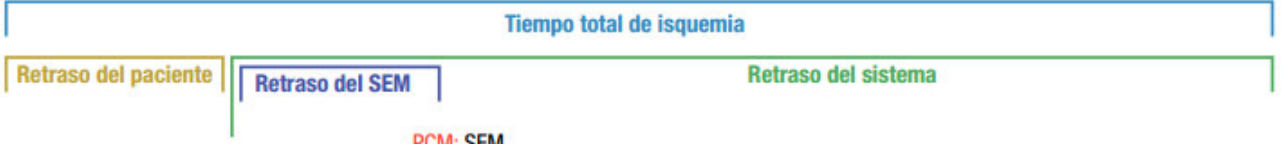
A54 En el IAM inferior valorar siempre afectación de VD ante bradicardia y/o hipoTA

Autor; 25/06/2020



Temporizador 120 minutos





PCM: SEM



Reperusión (paso de guía)

Reperusión (uso de fibrinolíticos)^a

Reperusión (paso de guía)



SCACEST: Decidir estrategia

Resumen de los objetivos más importantes relativos al tiempo

Intervalos	Objetivos de tiempo
------------	---------------------

Tiempo máximo desde el PCM hasta el ECG y el diagnóstico*

Máxima demora prevista entre el diagnóstico de IAMCEST y la ICP primaria (paso de la guía) para escoger entre la estrategia de ICP primaria o fibrinólisis (si este plazo no se puede cumplir, considere la administración de fibrinólisis)

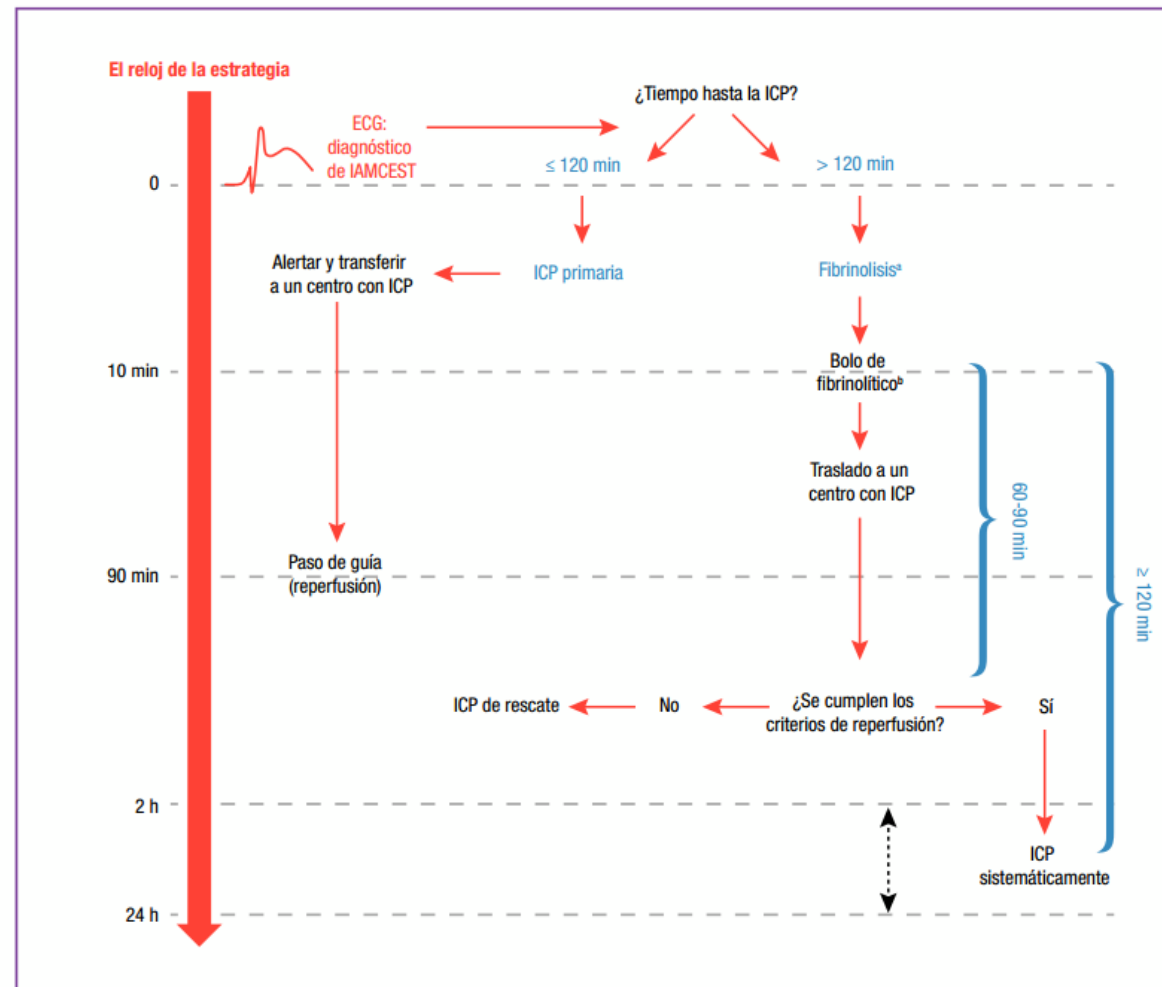
Máxima demora entre el diagnóstico de IAMCEST y el paso de la guía en pacientes que se presentan en un centro con ICP

Máxima demora entre el diagnóstico de IAMCEST y el paso de la guía en pacientes trasladados

Máxima demora desde el diagnóstico de IAMCEST hasta la administración de un bolo o infusión de fibrinólisis a pacientes que no pueden cumplir los plazos indicados para la ICP primaria

Máxima demora desde el inicio de la fibrinólisis hasta la evaluación de su efecto (éxito o fracaso)

Máxima demora desde el inicio de la fibrinólisis hasta la angiografía (si la fibrinólisis fue eficaz)



SCACEST: *Tratamiento*

Hipoxia

Está indicada la administración de **oxígeno** a pacientes con **hipoxemia** ($\text{SaO}_2 < 90\%$ o $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$)

I

C

No se recomienda administrar sistemáticamente oxígeno a pacientes con $\text{SaO}_2 \geq 90\%$ ⁶⁴⁻⁶⁶

III

B

Síntomas

Debe considerarse la administración de **opiáceos i.v.** con aumento gradual de la dosis para aliviar el dolor

Ila

C

Debe considerarse la administración de un tranquilizante suave (generalmente una benzodiazepina) a pacientes muy ansiosos

Ila

C



SCACEST: *Tratamiento antitrombótico*

- **Doble antiagregación + Anticoagulación** según estrategia de reperfusión

A55

A57

A58

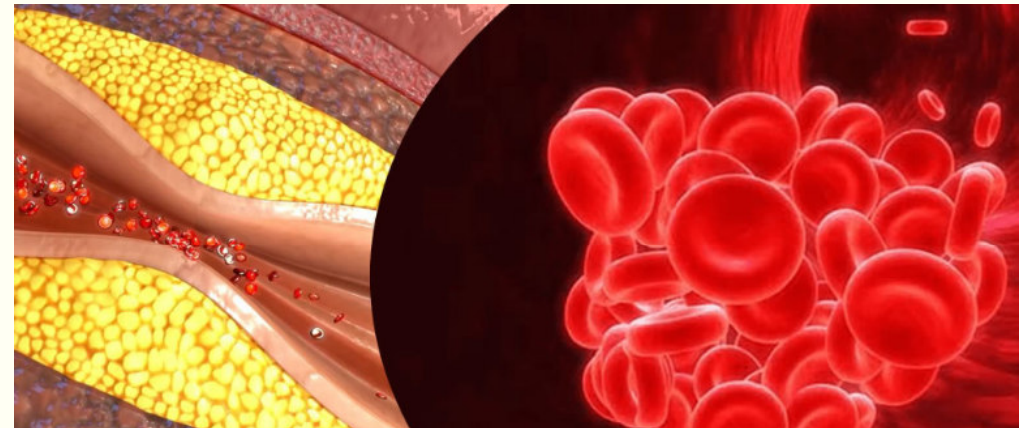
A50

- Carga de AAS 300mg

- **Si ACTP1^a:** HNF + Inh P2Y12 potente (Ticagrelor 180mg o Prasugrel 60mg)



- **Si fibrinólisis:** HBPM + Clopidogrel 300mg (7...



Se recomienda la administración de un inhibidor potente del P2Y₁₂ (**prasugrel o ticagrelor**), o **clopidogrel si no se dispone de los anteriores o están contraindicados**, antes de la ICP (o como muy tarde en el momento de la ICP) y mantener el tratamiento 12 meses, excepto cuando haya contraindicaciones (p. ej., riesgo hemorrágico excesivo)^{186,187}

I

A

Diapositiva 10

- A55** los Inh P2Y12 preferidos son Ticagrelor y Prasugrel por su inicio de acción más rápido, más potentes y mejores resultados clínicos
Autor; 26/06/2020
- A56** RECORDAR: Prasugrel contraindicado en paciente con ACVA previo o anatomía coronaria no conocida. En >75 años y <60kg no se asocia a beneficio
Autor; 26/06/2020
- A57** No usar ticagrelor o prasugrel en pacientes con ACVA hemorrágico previo ni en pacientes anticoagulados o con enfermedad hepática severa
Autor; 26/06/2020
- A58** En su lugar emplear clopidogrel 600mg
Autor; 26/06/2020

SCACEST: *Tratamiento antitrombótico*

- La administración de **ticagrelor bucodispersable** ha demostrado bioequivalencia a los comprimidos tradicionales y facilita su empleo en el PCM



Clin Drug Investig
DOI 10.1007/s40261-017-0554-8



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Pharmacokinetic Profiles of Ticagrelor Orodispersible Tablets in Healthy Western and Japanese Subjects

Renli Teng¹ · Maria Hammarberg² · Glenn F. Carlson¹ · Sara Bokelund-Singh³ · Terese Ruderfelt³ · Eva Blychert²

En nuestro paciente

- Monitorización continua
- Oxigenoterapia
- Nitroglicerina iv
- Cl mórfico 3mg
- **AAS 300mg + Ticagrelor 180 mg**
- Fue atendido siguiendo el **Código IAM** con decisión de **estrategia invasiva** mediante **ACTP1^a**



SCACEST: La angioplastia 1ª

Aspectos sobre el procedimiento de las ICP primarias

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Estrategia para la ARI		
Está indicada la ICP primaria de la ARI ^{114,116,139,140}	I	A
Se recomienda realizar una nueva coronariografía seguida de ICP, si está indicada, a los pacientes con síntomas o signos de isquemia residual o recurrente tras la ICP primaria	I	C
Técnica para la ARI		
Se recomienda implantar stents (en lugar de angioplastia con balón) para la ICP primaria ^{146,147}	I	A
Se recomienda implantar SMFA de nueva generación, en lugar de SM para la ICP primaria ^{148-151,178,179}	I	A
Se recomienda el acceso radial , en lugar del femoral, siempre que el operador tenga experiencia con esta técnica ^{143-145,180}	I	A
No se recomienda el uso sistemático de la aspiración de trombos ^{157,159}	III	A
No se recomienda aplazar el implante de stents	III	B
Estrategia para ANRI		
Debe considerarse revascularizar sistemáticamente las lesiones en ANRI antes del alta hospitalaria de los pacientes con IAMCEST y enfermedad multivaso ¹⁶⁷⁻¹⁷³	IIa	A
Debe considerarse la ICP de ANRI durante el procedimiento inicial en pacientes en shock cardiogénico	IIa	C

