



## Emergencia en el contexto del Infarto Agudo de Miocardio

Dr. Bernat Sánchez Cuadal  
Cap del Servei d'Urgències, Hospital General de Granollers

La cardiopatía isquémica aguda sigue siendo una enfermedad muy prevalente. EN el 2009 se desarrolló en Cataluña el Código Infarto. Desde entonces ha cambiado mucho la evolución de dichos pacientes. Previo al Código IAM la reperfusión era principalmente llevada de la mano de los fibrinolíticos. Existiendo una amplia variedad a la hora de actuar ante un IAM, con lo cual no era de extrañar que las unidades de cuidados intensivos o las coronaria recibieran pacientes con Infartos agudos no revascularizados. En dichas unidades de críticos la estancia media era de tres días si no había complicaciones. Actualmente apenas están 24 horas y en muchas ocasiones van directamente a los servicios de urgencias en espera de cama de hospitalización. Es por eso que no debemos relajarnos y tenemos que seguir pensando en las complicaciones asociadas al Infarto Agudo. A pesar de la amplia difusión y formación alrededor del Código IAM aún seguimos asistiendo a pacientes con clínica de varias horas de evolución desde la instauración de la oclusión aguda. Esta presentación pretende hacer un breve recordatorio de las complicaciones más graves asociadas a un IAM. Arritmias malignas, rotura cardiaca, insuficiencia mitral aguda y shock cardiogénico. Repasando brevemente su tratamiento. Reconocer dichas complicaciones es muy importante sobre todo a la hora de plantear un tratamiento precoz y un adecuado traslado del paciente a un centro en donde se le pueda ofrecer todo el tratamiento y soporte que el paciente necesite. No solo hemodinámica.

Las arritmias asociadas al infarto son muy variopintas, relacionadas con la isquemia en la fase más aguda y con el tejido cicatricial una vez necrosado. Su incidencia ha disminuido claramente por la revascularización. De todas ellas la más grave es la fibrilación ventricular (FV) que requiere actuación inmediata con la Desfibrilación (DF). En el registro del Código IAM inicial de Enero a Septiembre de 2010 la FV llegó a representar hasta el 2,5% de los 1896 códigos confirmados. La FV es más frecuente en las primeras 48 horas. Aumenta la mortalidad hospitalaria pero no la mortalidad a largo plazo. Es muy importante además de la DF precoz la corrección de los desórdenes hidroelectrolíticos sobre todo la hipopotasemia e hipomagnesemia. Una vez revascularizado el paciente si no hay infartos previos y la fracción de eyección es normal en principio no requiere de posterior colocación de DAI. La Taquicardia Ventricular (TV) en el mismo registro fue un 2.6%. El tratamiento será en función de la inestabilidad que se asocie al paciente. La tormenta arritmogénica es aquella situación en la que hay aparición brusca de al menos tres episodios consecutivos de taquicardia ventricular sostenida (TVS) o fibrilación ventricular (FV) separados por un intervalo no mayor de una hora entre sí. El paciente consecuencia de la tormenta puede entrar en insuficiencia cardíaca grave y hasta en shock. El tratamiento requiere sedación e intubación y corrección de los factores desencadenantes.

Otras arritmias asociadas al IAM son los bloqueos, estos se asociaron hasta un 3% del registro anteriormente mencionado. El tratamiento de los bloqueos se basará principalmente dependiendo de la clínica. Podemos tener un bloqueo completo que no inestabiliza al paciente, por lo tanto lo principal en este caso será la revascularización precoz y podemos llegar a tener un bloqueo de segundo grado que pone de manifiesto un cierto grado de inestabilidad y puede pasar a completo en cualquier momento pero no sabemos que repercusión tendría. En el caso del bloqueo AV asociado a cara inferior tiene mucho mejor pronóstico que cuando se asocia a

Infarto anterior, al estar localizado por debajo del nodo AV y tener un ritmo de escape inestable con QRS ancho.

También hemos de pensar en las complicaciones mecánicas asociadas al IAM. Rotura miocárdica. Ya sea de pared libre del VI, del tabique o de los músculos papilares. Y aneurismas ventriculares de los cuales hoy no hablaremos.

La rotura Cardíaca es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. Cuando nos referimos a la rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo estamos hablando de una incidencia que tras la Angioplastia primaria se ha disminuido hasta un 1%. Aún así puede representar hasta un 10% de las muertes hospitalarias por IAM. Es más frecuente en mujeres y ancianos con HTA. Afecta a la cara anterior y lateral. Suele desarrollarse entre el 1er y 4º día pos-IAM. Ante un paciente con IAM anterior de más de 12 de horas de evolución, no revascularizado, inquieto por molestias anteriores y en espalda que sufre una hipotensión severa con disociación debemos de pensar en la rotura. También puede asociarse a síncope. El diagnóstico de certeza lo haremos con la ecocardiografía o el cateterismo. El tratamiento será pericardiocentesis y cirugía. Mortalidad de hasta un 60%. Estos pacientes si sufren asistolia la posibilidad de recuperación es muy baja.

La rotura del septo interventricular todavía es más infrecuente, un 0,2% tras la era de la ACTP primario. Cursa con clínica de ICC y shock. Soplo pansistólico y diagnóstico de certeza con ecocardiografía y cateterismo. El tratamiento será en función de la repercusión hemodinámica y el pronóstico estará muy relacionado con el grado de disfunción del Ventrículo Derecho. Para estabilizar al paciente se puede requerir de fármacos inotropos y vasodilatadores e incluso un Balón de Contrapulsación Intraaórtico como soporte hasta la corrección del defecto mediante la cirugía. En algunos casos subagudos y cuando ha sido rechazada la cirugía puede realizarse la corrección de forma percutánea.

Finalmente de las complicaciones mecánica nos queda por hablar de la rotura de los músculos papilares que se manifiesta como una insuficiencia mitral aguda. Se asocia a IAM antero lateral y al IAM inferior. Cursa con insuficiencia cardíaca grave (K-III o K-IV). Diagnóstico aparición soplo pansistólico intenso y el de certeza con ecocardiografía o cateterismo. Tratamiento: tratar la insuficiencia cardíaca, si precisa Balón de Contrapulsación y la Cirugía

Además de las arritmias podemos encontrarnos con insuficiencia cardíaca de diferente gravedad pasando por el edema agudo de pulmón IAM K-III hasta la peor situación de todas que sería el shock cardiogénico. En el caso del shock es muy importante la revascularización precoz. En función de la repuesta y de las horas de evolución si no hay sido revascularizado el paciente precisara de intubación, drogas inotropas, si hipotensión refractaria de noradrenalina y finalmente la colocación de Balón. A su vez en centros terciarios donde dispongan de dispositivos de asistencia circulatoria mecánica será un paso intermedio entre la recuperación o el trasplante cardíaco.

En resumen. Actualmente las complicaciones graves asociadas al Infarto Agudo son menos frecuentes. Pero no debemos relajarnos y si hemos de seguir pensando en todas las complicaciones anteriormente descritas. Si no pensamos en ellas no se diagnosticarán. Y es muy importante a la hora de plantear un traslado de un comarcal al centro de referencia describir la sospecha (pues muchas veces no disponemos de ecocardiografía) para poder trasladar el paciente al centro más adecuado.