

**FIBRINOLISIS VS
ANGIOPLASTIA
PRIMARIA: ADAPTANDO
LAS GUIAS A NUESTRO
MEDIO**

DR. PABLO BASAGOITIA GÓCHEZ

CARDIÓLOGO INTERVENCIONISTA

EL SALVADOR

Noviembre, 2012

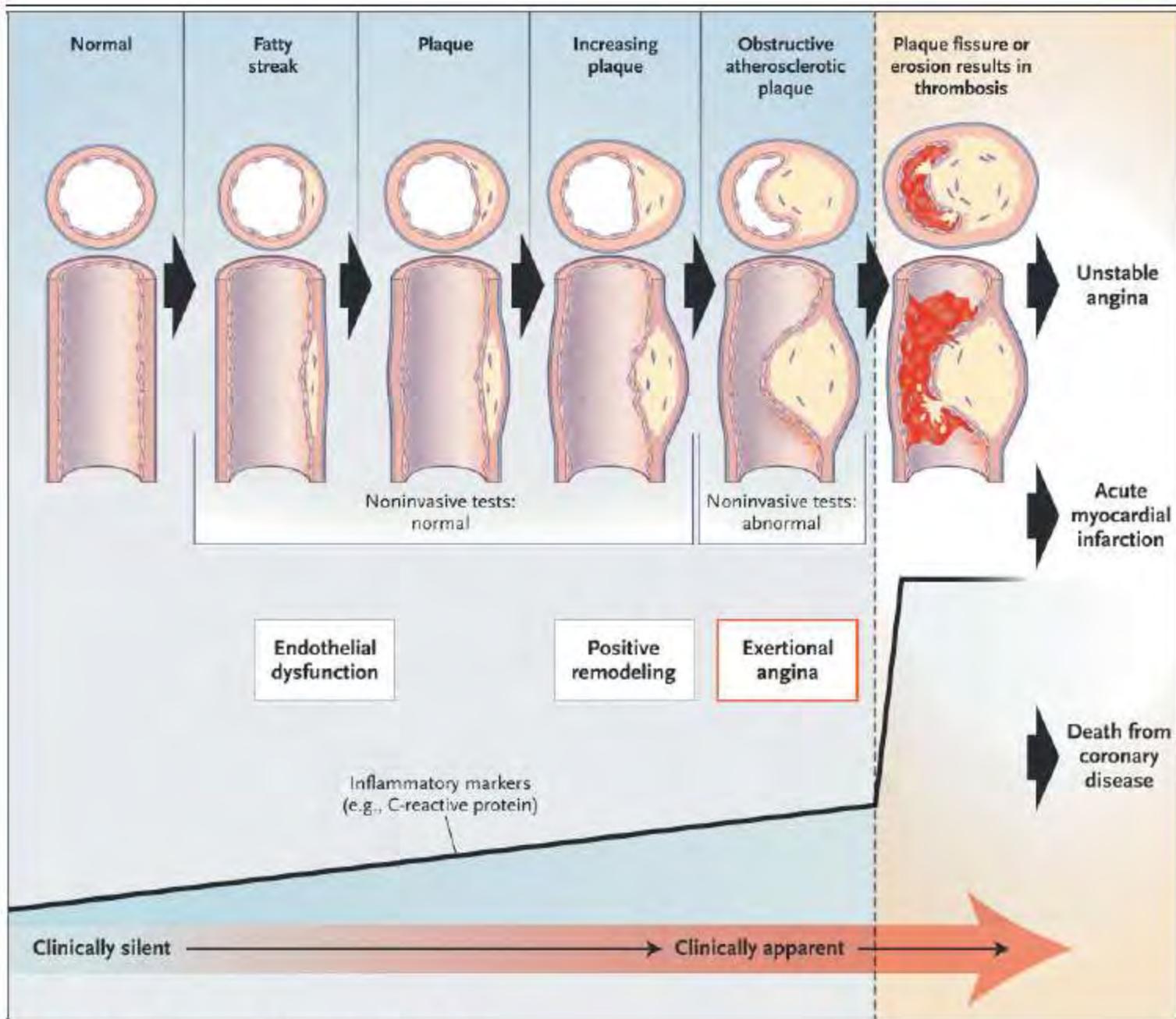
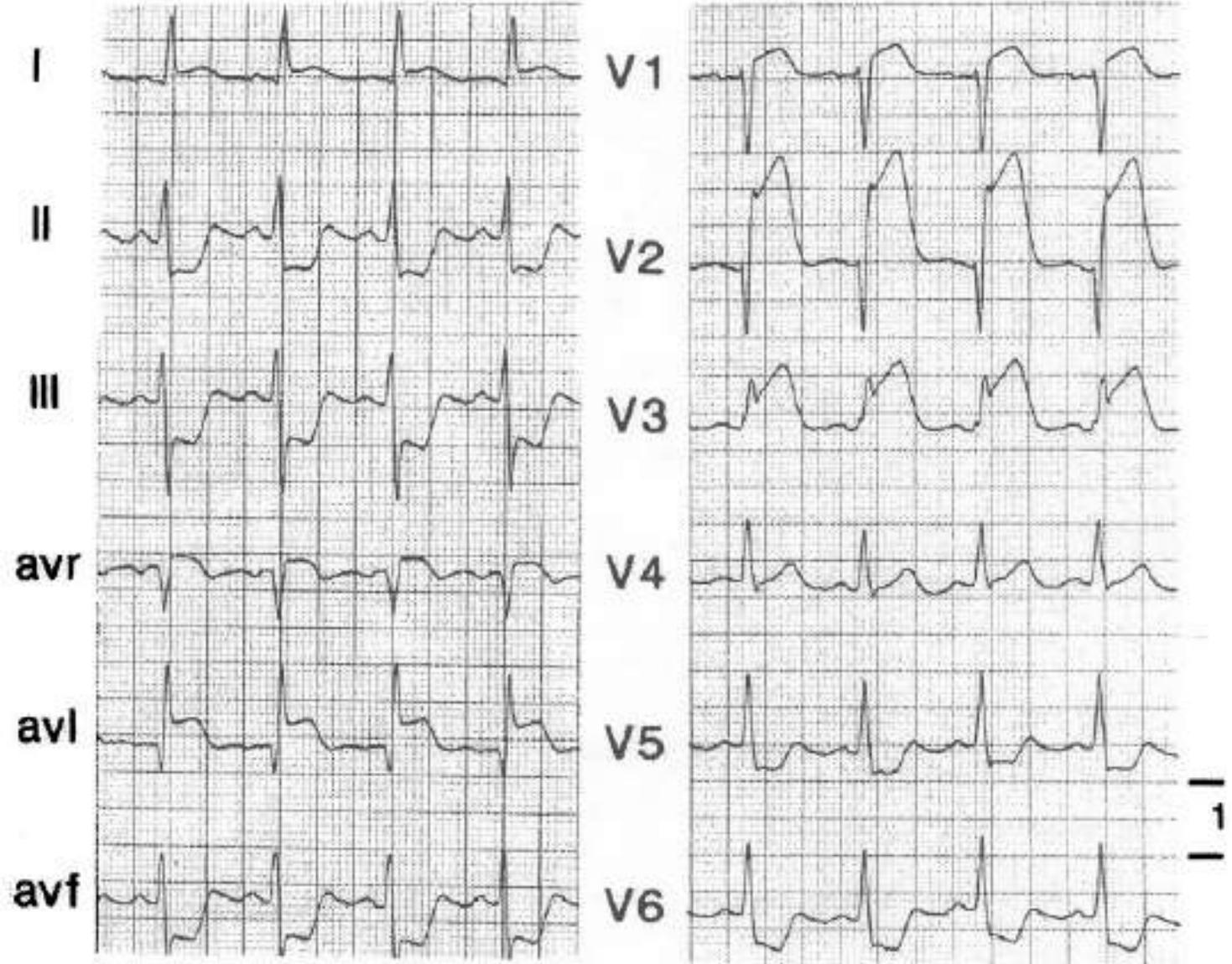


Figure 1. Typical Progression of Coronary Atherosclerosis.





**COAGULO OCLUYE
TODA LA ARTERIA**

**PROPAGACIÓN DEL
COAGULO**

SANGRE



COAGULO

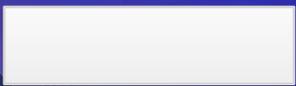
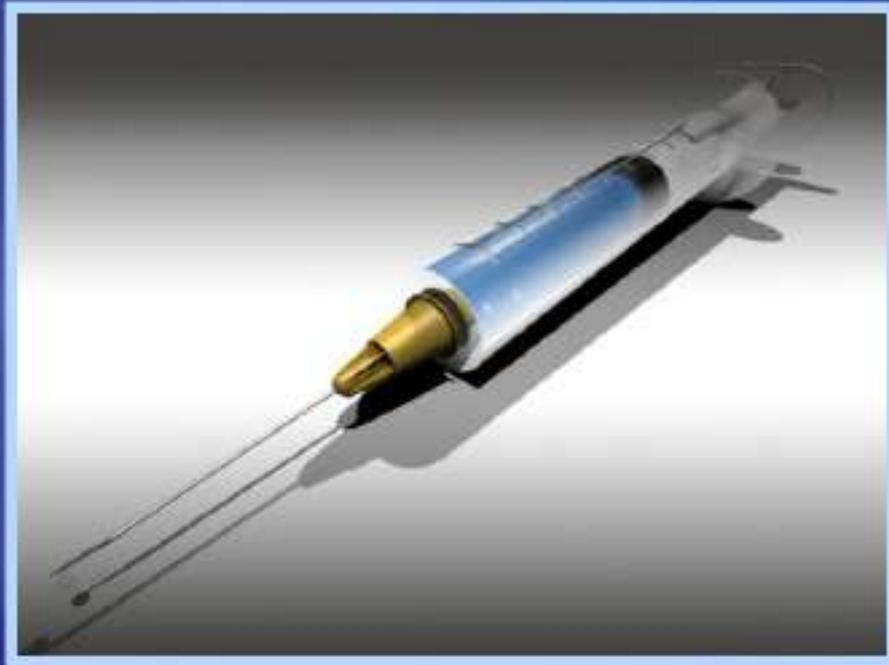
ATEROMA



REPERFUSIÓN

EL TIEMPO ES MUSCULO

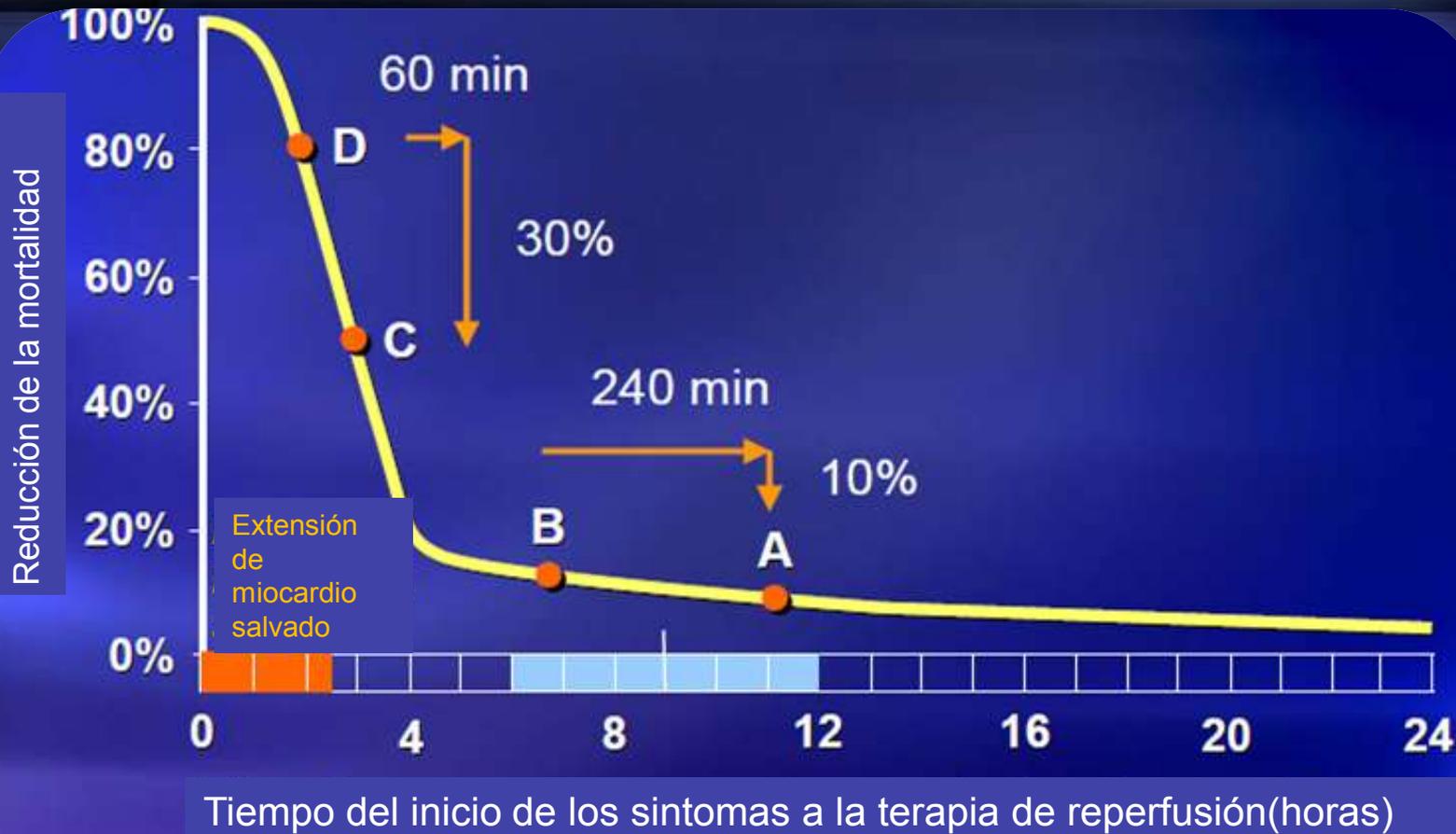
CUAL TERAPIA DEBEMOS UTILIZAR...



CONCLUSIÓN 1

- La primera que tengamos a disposición.

Tiempo=Miocardio



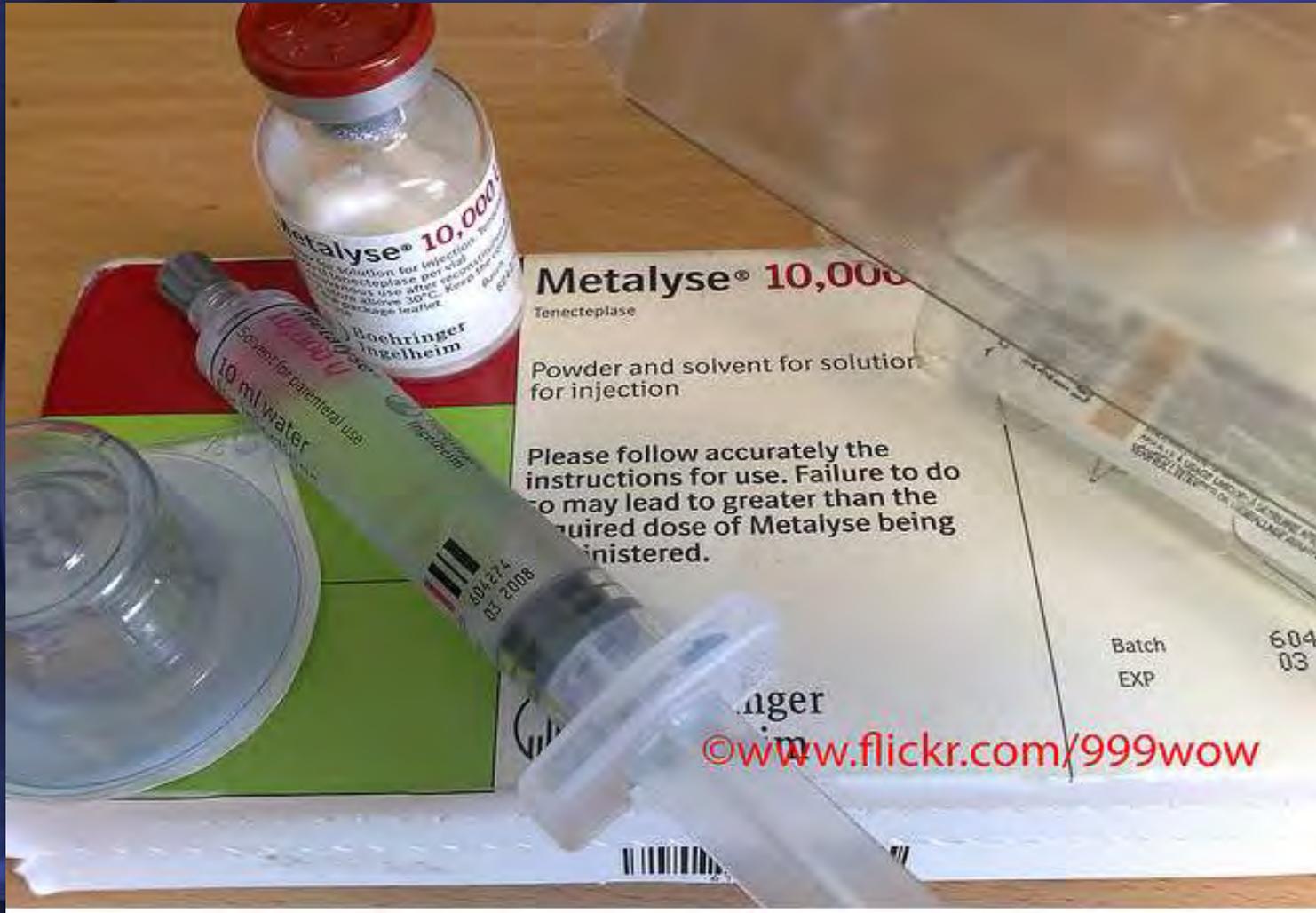
Periodo crítico dependiente del tiempo: miocardio salvado

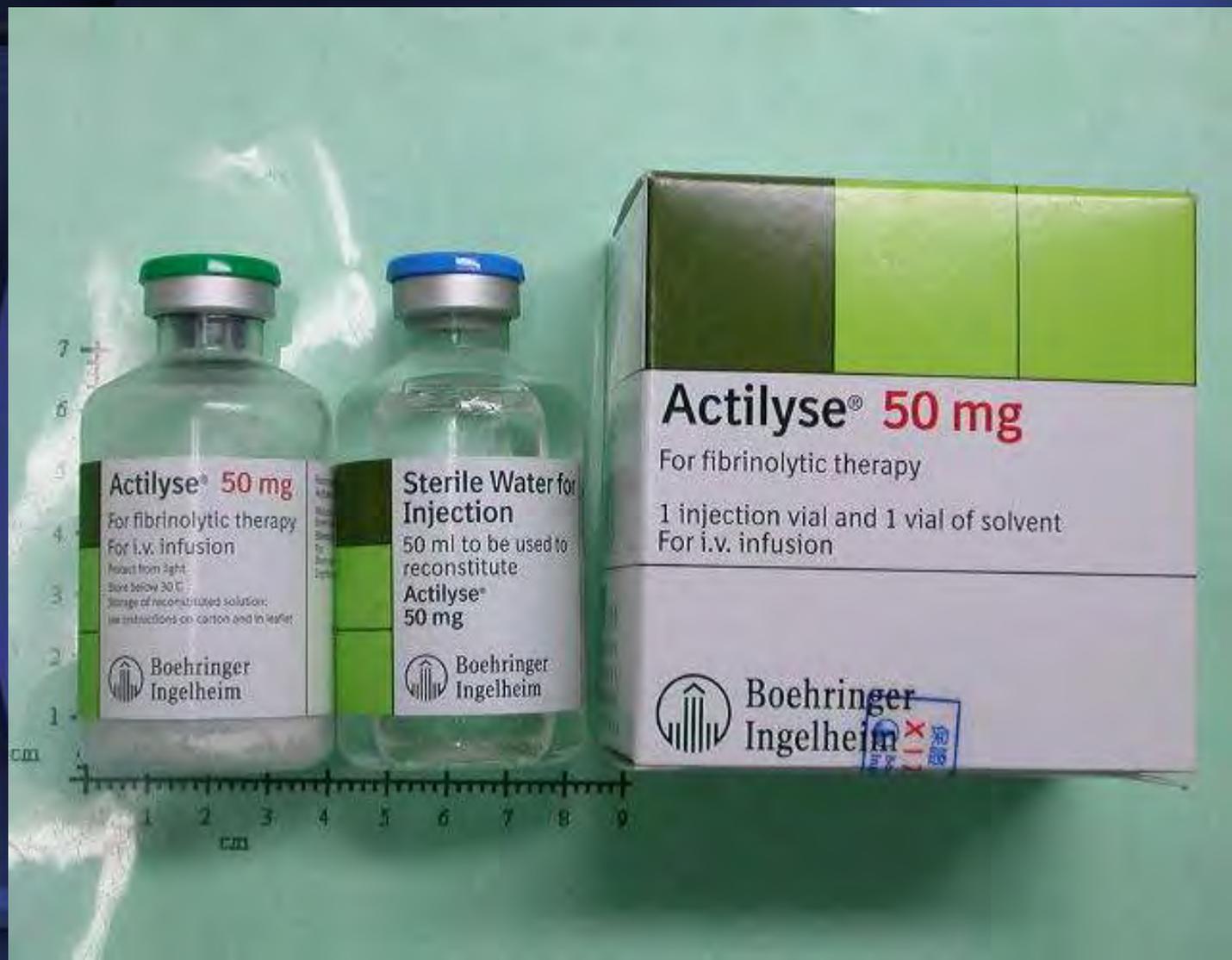
Período crítico independiente del tiempo: arteria responsable abierta

Terapia fibrinolítica

- Es la que más se utiliza alrededor del mundo.
- Éxito entre el 45 a 65% de los casos.
- Se puede realizar en una fase prehospitalaria.







Actilyse® 50 mg

For fibrinolytic therapy
For i.v. infusion

Protect from light.
Store below 30°C.
Storage of reconstituted solution:
see instructions on carton and in leaflet



Sterile Water for Injection

50 ml to be used to reconstitute

Actilyse® 50 mg



Actilyse® 50 mg

For fibrinolytic therapy

1 injection vial and 1 vial of solvent
For i.v. infusion



Tabla 6. CONTRAINDICACIONES A LA TROMBOLISIS

Absolutas

Antecedente de AVE hemorrágico

- Aneurisma disecante.
- Diátesis hemorrágica.
- Hemorragia digestiva en el mes precedente.
- Cirugía o traumatismo reciente (últimas 3 semanas).

Relativas

- Tratamiento anticoagulante.
- Hipertensión arterial refractaria $> 180 / 110$ mmHg.
- Maniobras de resucitación cardiopulmonar prolongadas.
- Embarazo.
- Punción de vaso en sitio no compresible (vena subclavia).
- AVE isquémico en los últimos 6 meses.

Terapia Trombolítica.

-Ventajas:

- 1) Disponible universalmente, no hay necesidad de laboratorio de cateterismo.
- 2) Inicio del tratamiento rápido.
- 3) Puede ser administrado por personal de enfermería entrenado.
- 4) Trata el problema agudo, disolución del coágulo.
- 5) Disminuye la mortalidad significativamente.

-Desventajas:

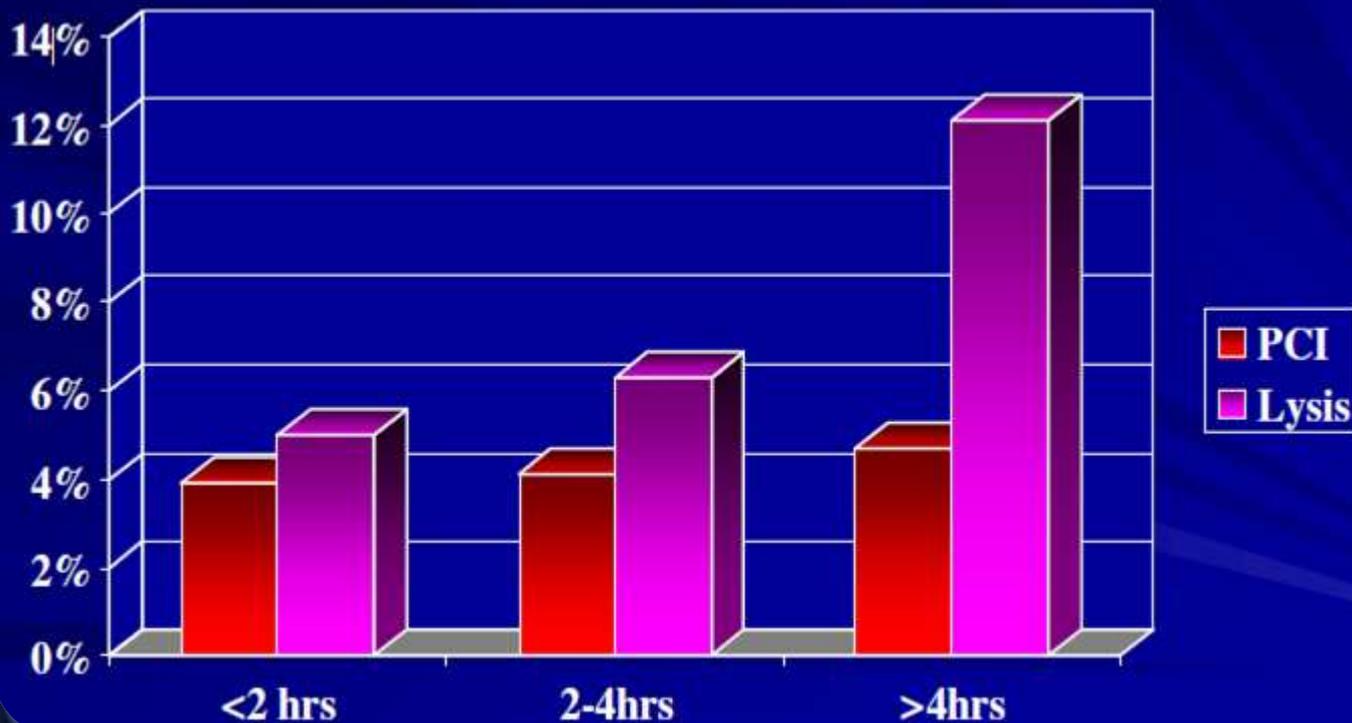
- 1) Se utiliza solamente en 30-35% de los pacientes con IAM.
- 2) Uso limitado en estados de inestabilidad.
- 3) Leve incremento de la posibilidad de hemorragia intra-craneana.
- 4) Permeabilidad coronaria temprana 55-85%.
- 5) Flujo TIMI 3 sólo en el 50%.
- 6) No modifica la estenosis residual.
- 7) Valoración de la permeabilidad de la arteria requiere estudios adicionales.

Angioplastia primaria(Definición):

“Se refiere a la estrategia inmediata dentro del intervencionismo cardiaco en el contexto de un infarto agudo del miocardio”*

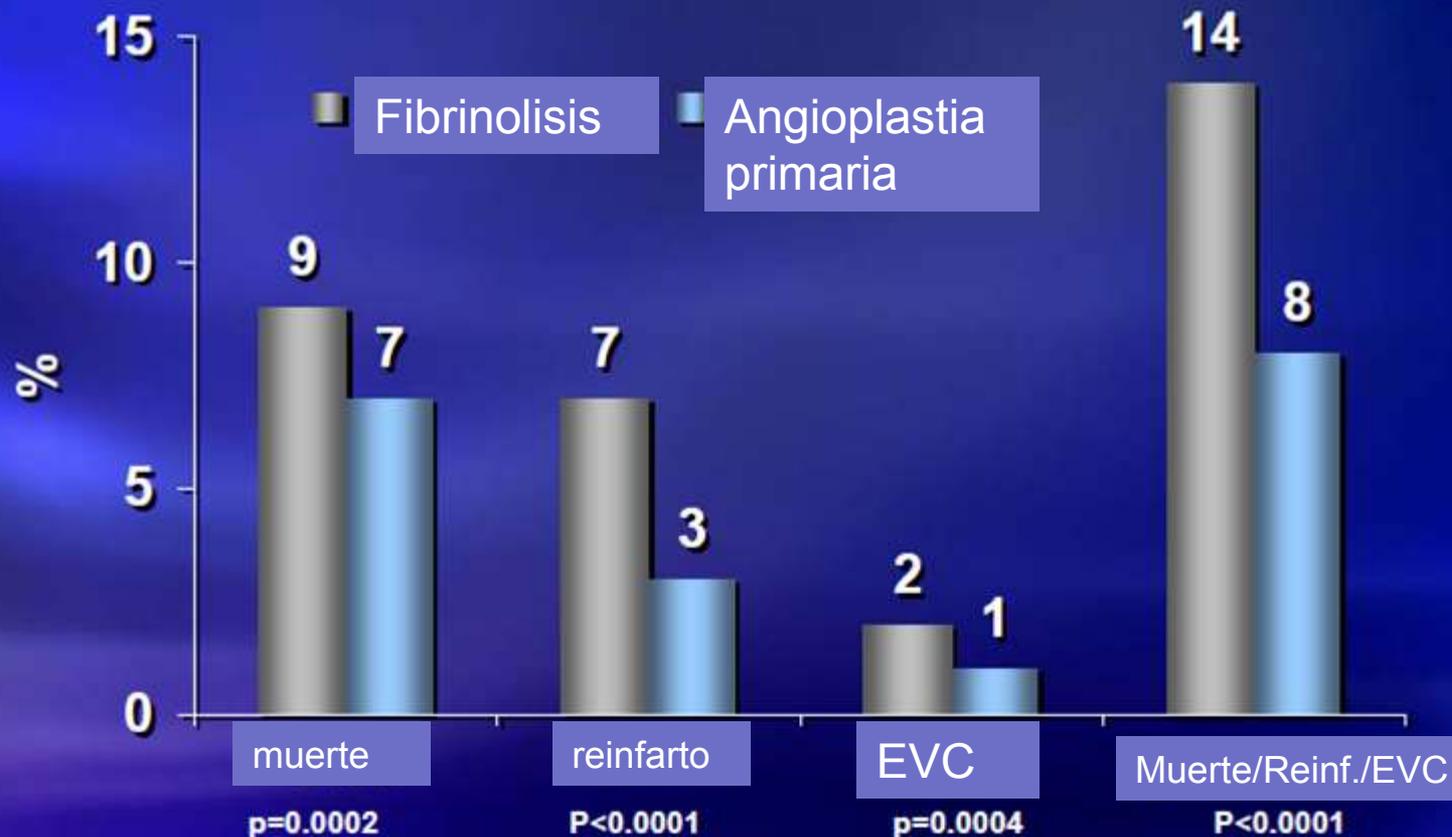


Mortalidad por tiempo de reperfusión



Angioplastia primaria vs fibrinolisis

Metaanálisis de 23 estudios (n=7739)



- La Angioplastia Primaria en el IAM CEST tiene las ventajas de:
 1. mejorar comparativamente el flujo coronario de la arteria ocluida.
 2. mayor tejido recuperado.
 3. menor tasa de sangrado.
 4. análisis de la anatomía coronaria.
 5. mejoría del estado hemodinámico.
 6. menor estancia intrahospitalaria.

Condiciones de alto riesgo

- IAM, angina inestable
 - Mayor de 75 años
 - Aneurisma aórtico
 - Estenosis aórtica
 - ICC
 - DM 2.
 - HAS
 - Enf. Trivascular
 - Obesidad

Complicaciones

- Arritmias ventriculares.
- BAV y bradicardia.
- Hipotensión
 - Choque Cardiogénico.
 - Tamponade.

Angioplastia Coronaria Primaria.

-Ventajas:

- 1) Excelente grado de reperfusión 80-90%. Flujo TIMI 3 en más del 90%.
- 2) Pocas contraindicaciones.
- 3) Trata la estenosis y la oclusión.
- 4) Grado de reperfusión valorado rápidamente.
- 5) Facilita el diagnóstico: permite valorar la extensión y severidad de la enfermedad coronaria.
- 6) Efectiva en situaciones de inestabilidad hemodinámica.
- 7) Facilita acceso para la colocación de Balón de Contrapulsación intra-aórtico.
- 8) Baja mortalidad.

Desventajas:

- 1) Requiere de acceso al laboratorio de cateterismo las 24 hrs.
- 2) Requiere personal especializado (mas de 75 casos de angioplastia por año) y de un centro con gran número de procedimientos (200-300 por año).
- 3) Procedimiento caro (inicialmente).

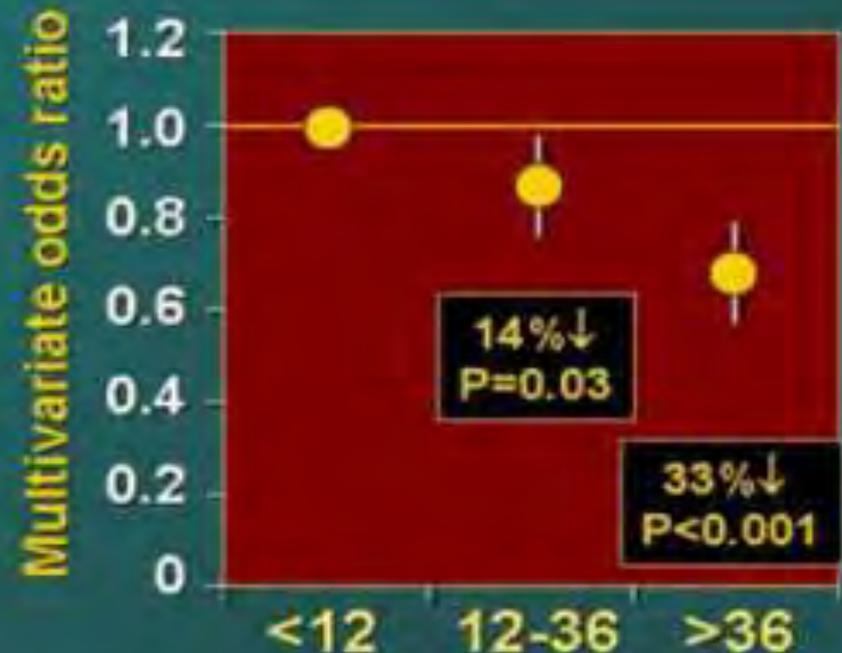
Conclusión 2

- La angioplastia primaria es superior a los trombolíticos, siempre y cuando se cumplan dos condiciones:
 1. Tiempo puerta-balón sea menor a 120 minutos.
 2. El equipo que realiza la angioplastia debe estar bien entrenado, así como la institución.

RELACIÓN ENTRE VOLUMEN INSTITUCIONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA, NDMI-2 (n= 27,080)



de Angioplastia primarias institucionales por año



de Angioplastia primarias institucionales por año

ADAPTANDO GUÍAS(sistema publico)

NO SE CUENTA

- Salas de hemodinamia
- Acceso a angioplastia primaria. (unicamente el ISSS a determinadas horas)
- Medicamentos:
Tricagrelor, Prasugrel, Abciximab.
- Unidades coronarias
- Trombolíticos:
Tenecteplase, alteplasa

SI SE TIENE

- Estreptokinasa como trombolítico disponible unicamente en hospitales nacionales de tercer nivel de atención y en hospitales de referencia del ISSS.

ADAPTANDO GUÍAS(sistema privado)

NO SE CUENTA

- Trombolisis mientras se transfiere al paciente.
- Medicamentos:
Tenecteplasa, Prasugrel, Abciximab.
- Terapia de cuidados coronarios.

SI SE TIENE

- Sala de cateterismo a disposición (3 en AMSS y una en San Miguel).
- Trombolíticos:
estreptokinasa, alteplasa.
- Medicamentos:
Clopidogrel, Tricagrelor.