

**ANGIOPLASTIA CORONARIA
TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA**

**GUÍA DE INDICACIONES CUBIERTAS POR EL
FONDO NACIONAL DE RECURSOS**

**FONDO NACIONAL
DE RECURSOS**

JULIO 2006

INDICE

1. Introducción
2. Indicaciones de la ACTP en pacientes asintomáticos o con angina estable clase I o II de la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS)
3. Indicaciones de la ACTP en pacientes con angina estable clase III de la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS)
4. Indicaciones de ACTP en pacientes con angina inestable / IAM sin elevación del segmento ST
5. Indicaciones de ACTP en pacientes con IAM con elevación del segmento ST
6. Procedimientos financiados por el Fondo Nacional de Recursos
Alcance de la cobertura financiera de actos de ACTP
7. Características de los IMAE
Volumen operador y volumen centro
Stand by quirúrgico
8. Autorización de los actos
 - 8.1. Evaluación técnica de las solicitudes
 - 8.2. Requisitos del trámite de autorización
 - 8.3. Paraclínica necesaria para la autorización
 - 8.4. Carácter de la autorización y validez de la misma.
9. Informe de realización y facturación
Características de la presentación de la factura y documentos de realización del acto
10. Seguimiento
11. Anexo

1. INTRODUCCION

Las guías de indicaciones actualmente utilizadas tienen como referencia recomendaciones internacionales basadas en la evidencia científica existente sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Sin embargo, la toma de decisiones no puede realizarse considerando sólo la evidencia científica extraída de la bibliografía mundial. Es imprescindible considerar el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el sistema sanitario, sus peculiaridades organizativas y, desde luego, los problemas de salud prioritarios de la población ¹. Asimismo, es fundamental conocer el nivel de evidencia que sustenta las recomendaciones, los beneficios de otras conductas conservadoras alternativas, en comparación con las estrategias invasivas y los resultados observados a nivel nacional.

Por tanto, es preciso señalar que:

- el sostén de evidencia de las recomendaciones internacionales proviene mayoritariamente de opiniones de expertos, por lo que con fundamentos se puede aguardar el resultado de estudios más firmemente respaldados.
- ciertas recomendaciones se refieren a actos que tienen un impacto menor sobre la mortalidad cardiovascular que otras intervenciones orientadas a la promoción de salud y prevención. En un país que reorienta su modelo de atención, estas singularidades no pueden desconocerse, ni puede renunciarse a valorar cuidadosamente las indicaciones cuando se trata de pacientes que pueden ser contenidos en planes de prevención.
- si los resultados de la aplicación de guías internacionales en nuestro medio, son más pobres que en el exterior, el país tiene derecho a jerarquizar el impacto que tiene sobre el sistema sanitario el manejo de las complicaciones, en el momento de adoptar decisión sobre las indicaciones.

De acuerdo a las consideraciones precedentes, el FNR realizará la cobertura financiera de las indicaciones que se señalan a continuación. Aquellas indicaciones que no se encuentren contempladas en la presente normativa podrán ser objeto de un estudio más detallado, en cuyo caso la autorización dependerá de la evaluación médica de cada paciente en particular.

¹ Benedicto, S. y Zurro, M

2. INDICACIONES DE LA ACTP EN PACIENTES ASINTOMATICOS O CON ANGINA CLASE I o II DE LA CCS

2.1. Pacientes con una o más lesiones significativas en 1 ó 2 arterias coronarias susceptibles de tratarse con ACTP con posibilidades de éxito elevadas y baja morbimortalidad. Los vasos a tratar deben irrigar un área moderada a extensa de miocardio viable o asociarse a un grado moderado a severo de isquemia detectada en tests no invasivos.

2.2. Pacientes con estenosis recurrente post ACTP asociada con un área grande de miocardio viable y/o criterio de alto riesgo en los tests no invasivos.

2.3. Pacientes con lesión significativa de tronco coronario (> 50%) que no es posible de cirugía de revascularización coronaria.

3. INDICACIONES DE LA ACTP EN PACIENTES CON ANGINA CLASE III DE LA CCS

3.1. Pacientes bajo tratamiento médico pleno que no logren estabilización y tengan enfermedad aterosclerótica de uno o múltiples vasos y una o más lesiones significativas de una o más arterias coronarias, susceptibles de realizar ACTP con probabilidades elevadas de éxito y baja morbimortalidad y no sean candidatos para cirugía de revascularización coronaria.

3.2. Pacientes bajo tratamiento médico pleno que no logren estabilización, que tengan enfermedad aterosclerótica de uno o múltiples vasos, que tengan lesiones localizadas de puente safeno o estenosis múltiples y no sean candidatos para nueva cirugía de revascularización

3.3. Pacientes con lesión significativa de tronco coronario (estenosis > 50%) y que no sea posible de cirugía de revascularización coronaria.

4. INDICACIONES DE ACTP EN LA ANGINA INESTABLE / IAM SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

4.1. En pacientes con angina inestable / IAM sin elevación del segmento ST, sin comorbilidades graves y que tengan lesiones coronarias morfológicamente adecuadas está indicada la ACTP como estrategia invasiva temprana, cuando los pacientes presenten alguno de los siguientes criterios de alto riesgo:

- a. Isquemia recurrente a pesar de tratamiento antiisquémico pleno
- b. Alteraciones dinámicas del segmento ST documentadas
- c. Síntomas de Insuficiencia Cardíaca o regurgitación mitral nueva o agravamiento de la misma.
- d. Inestabilidad hemodinámica

e. Taquicardia Ventricular Sostenida o Fibrilación Ventricular documentadas

4.2. Pacientes bajo tratamiento médico pleno, que no logren estabilización y tengan enfermedad aterosclerótica de uno o múltiples vasos, que tengan lesiones localizadas de puente safeno o estenosis múltiples y no sean candidatos para nueva cirugía de revascularización

4.3. Pacientes con lesión significativa de tronco coronario (estenosis > 50%) y que no sea posible de cirugía de revascularización coronaria

5. INDICACIONES DE ACTP EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

5.1. Si se dispone en forma inmediata (tiempo óptimo: primer contacto médico-balón < 2 hs), se puede realizar ACTP primaria en los pacientes con IAM y elevación del segmento S-T (incluido IAM posterior) o IAM con BCRI nuevo (o presuntamente nuevo) a quienes se puede realizar ACTP de la arteria relacionada con el infarto dentro de 12 horas de la aparición de los síntomas.

La trombolisis debe preferirse cuando se tiene un tiempo excesivo de demora para la realización de la ACTP primaria (tiempo primer contacto médico-balón > 2 hs) o cuando no es posible su realización por ausencia de acceso vascular o de sala de hemodinamia con experiencia en esta técnica.

5.2. En pacientes menores de 75 años que desarrollan shock cardiogénico dentro de las 36 horas de un infarto de miocardio con elevación aguda del segmento ST o nuevo BCRI, y cuando la revascularización pueda realizarse dentro de las 18 horas del shock, a menos que no sea posible mantener las medidas de soporte como consecuencia de los deseos del paciente o contraindicaciones / imposibilidad de cuidado invasivo posterior.

5.3. En pacientes con insuficiencia cardíaca severa y/o edema pulmonar (Killip clase 3) y cuando el comienzo de los síntomas esté dentro de las 12 hs. El contacto “médico-balón” o “admisión-balón” debe ser lo más breve posible (dentro de los 90 min).

5.4. Es razonable realizar ACTP en pacientes seleccionados de 75 años o más, con buena capacidad funcional previa, que aceptan un tratamiento invasivo, con IAM con elevación del segmento ST o nuevo BCRI o que desarrollan shock cardiogénico dentro de las 36 horas del infarto y son candidatos a revascularización dentro de las 18 horas del shock.

5.5. Es razonable realizar ACTP primaria en pacientes que han comenzado los síntomas dentro de las 12 a 24 hs. previas y presentan una o más de las siguientes condiciones:

- a. insuficiencia cardíaca severa
- b. inestabilidad hemodinámica o eléctrica documentada
- c. evidencia de isquemia persistente documentada

Cuando se plantee en diferido la realización de ACTP de lesiones coronarias no relacionadas al IAM, debe realizarse estudio funcional para detección de isquemia, previo a la realización de ACTP coordinada.

ACTP LUEGO DE TERAPIA FIBRINOLÍTICA EXITOSA O EN PACIENTES EN QUIENES NO SE REALIZA REPERFUSIÓN PRIMARIA

1. Cuando exista isquemia moderada o severa espontánea o provocada documentada, durante la recuperación de un IAM con elevación del segmento ST en pacientes con anatomía apropiada
2. Cuando existe shock cardiogénico o inestabilidad hemodinámica en pacientes con anatomía apropiada

6. PROCEDIMIENTOS FINANCIADOS POR EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS. ALCANCE DE LA COBERTURA FINANCIERA DEL PROCEDIMIENTO DE ANGIOPLASTIA

6.1. Según la guía vigente

El Fondo Nacional de Recursos (FNR) sólo realizará la cobertura financiera de las indicaciones previstas en esta guía, cuando no exista otro tipo de restricción de las que se especifican más adelante. Las indicaciones no contempladas en esta guía podrán ser sometidas a un estudio más detallado, en cuyo caso la autorización dependerá de la evaluación médica de cada caso en particular.

6.2 Según las condiciones generales del paciente y su expectativa de vida

El FNR no financiará actos a realizar en pacientes en los cuales existan dudas fundadas respecto al pronóstico vital y funcional, independientemente de la patología que motiva el estudio y tratamiento. No se financiarán aquellos procedimientos que se soliciten para pacientes en quienes existan causas determinantes de la situación actual, reversibles y aún no tratadas.

A efectos de autorizar la cobertura financiera, en todos los pacientes se tomará en cuenta en forma integral la edad, la calidad de vida, la existencia de comorbilidades y el pronóstico, de tal manera que de la evaluación surja una expectativa de vida razonable, posibilidades ciertas de rehabilitación y un adecuado balance entre calidad de vida esperada y riesgos inherentes al procedimiento.

El FNR dispondrá los procedimientos técnico-administrativos que entienda necesarios, previos a emitir la autorización de cobertura, incluyendo sistemas de segunda opinión y ateneos, entre otros. El FNR podrá solicitar al IMAE o a la institución de origen que se realicen los estudios o interconsultas necesarias a los efectos de completar esta evaluación.

6.3 Según el tiempo transcurrido entre procedimientos

El FNR entiende que la responsabilidad del IMAE actuante se mantiene luego del alta, por lo cual no se emitirá autorización para el tratamiento de re-estenosis de lesiones tratadas anteriormente cuando las fechas de realización de ambos procedimientos sean próximas en el tiempo.

En los casos de pacientes que requieren un segundo procedimiento intervencionista cardiovascular, el FNR asumirá la cobertura exclusivamente de uno de ellos si las fechas de realización son próximas.

Se considerarán especialmente las situaciones de pacientes sometidos a angioplastia primaria en el infarto. En esos casos, el FNR estudiará la posibilidad de cubrir los gastos de un segundo procedimiento evaluando el informe enviado en oportunidad del primero.

El FNR analizará también las solicitudes de segundo procedimiento en casos de progresión lesional, siempre y cuando en el informe inicial esté debidamente estudiada e informada la situación del paciente así como los motivos por los cuales hayan quedado eventuales lesiones sin tratar.

Las complicaciones derivadas de la angioplastia deberán ser resueltas por el IMAE que realizó el procedimiento. No se cubrirán financieramente los stents requeridos para tratamiento de disecciones coronarias intraprocedimiento. El Fondo Nacional de Recursos no emitirá autorizaciones para procedimientos que se requieran para tratar complicaciones.

6.4. Marcas y modelos de dispositivos

En los procedimientos de angioplastia con cobertura financiera del FNR sólo se podrán utilizar stents de las marcas y modelos autorizados por el FNR. En caso que se utilice otro dispositivo sin autorización expresa, el FNR no asumirá el costo del mismo y podrá, adicionalmente, no pagar el procedimiento.

7. REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR LOS IMAE

Los servicios de angioplastia que aspiren a desarrollar su actividad como Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) deberán, en primer lugar, obtener la habilitación pertinente en el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Una vez otorgada dicha habilitación, deberán presentarse ante la Comisión Honoraria Administradora (CHA) del FNR adjuntando constancia de la misma y solicitando la cobertura financiera de los procedimientos a realizar. En esa instancia deberán adjuntar una descripción de los procedimientos que realizarán y manifestarán su conformidad con los protocolos técnico - administrativos vigentes. Deberán detallar el equipo técnico que actuará en el IMAE especificando su experiencia acreditada en la especialidad en el país y en el exterior. Identificarán un responsable del Servicio en carácter de Director Técnico. De igual modo, presentarán ante el FNR el equipamiento disponible y otra información que resulte útil para evaluar las condiciones del servicio médico a brindar.

La CHA solicitará los asesoramientos técnico-administrativos que entienda convenientes así como otra información que considere necesaria para emitir un pronunciamiento. Dichos asesoramientos incluirán visitas a las instalaciones y podrán resultar en niveles de exigencia aún mayores que los requeridos para la habilitación.

La CHA emitirá una resolución por la cual se establecerá si se otorga o no la cobertura financiera a los actos a cumplirse por parte de los solicitantes, para aquellos pacientes que opten por atenderse en ese IMAE. Dicha resolución podrá incluir algún tipo de condicionante o restricción y podrá ser modificada cuando existan razones que lo ameriten a juicio de la CHA.

El FNR solicitará periódicamente a los IMAE la actualización de la información presentada al inicio de su actividad, sin desmedro de lo cual, es obligación del IMAE

informar al FNR cada vez que se produzca un cambio en el plantel de técnicos actuantes y en particular en la Dirección Técnica.

Es obligación de los IMAE informar al FNR toda complicación o evento adverso que se produzca durante la atención de pacientes bajo esta cobertura financiera. Es también obligación de los IMAE informar de inmediato al FNR la ocurrencia de fallos o problemas con el equipamiento o con las instalaciones en las cuales desarrollan su actividad. El FNR podrá realizar en cualquier momento los controles que entienda pertinentes respecto a esos aspectos.

El FNR implementará actividades de auditoría, seguimiento, evaluación de resultados y control técnico - administrativo de los actos que financia, incluyendo consultas directas a los pacientes tratados, control de historias clínicas y otras que entienda pertinentes para el cumplimiento de sus fines.

Es obligación de los IMAE facilitar la tarea de control y seguimiento, por lo cual deberán estimular la participación de los pacientes en los programas del FNR.

El IMAE es responsable de la atención brindada a los pacientes, por lo cual deberá contar con un registro de los procedimientos que realiza, llevando un archivo de historias clínicas completo y ordenado, todo lo cual podrá ser consultado por el FNR cuando lo entienda necesario.

Los IMAE tienen responsabilidad sobre el seguimiento de los pacientes a los cuales tratan asegurando una adecuada coordinación con la institución de origen.

8. AUTORIZACION DE LOS ACTOS

8.1 Evaluación técnica de las solicitudes

La autorización de los actos por parte del FNR se hará basándose en la evaluación técnica de las solicitudes, para lo cual podrá utilizar los mecanismos de asesoramiento que entienda necesarios, incluyendo la segunda opinión, médica, discusión en ateneos y requerimiento de documentación adicional.

8.2 Requisitos del trámite de autorización

- Envío de la solicitud

Las solicitudes de angioplastia serán enviadas al FNR, en donde se estudiará la pertinencia de la indicación en función de la presente normativa, verificándose además el cumplimiento de los aspectos administrativos necesarios para dar curso a la misma.

No se admitirán trámites de autorización de actos ya realizados. En los casos en que el paciente deba ser tratado en forma urgente, se hará de inmediato una denuncia escrita al FNR comunicando la situación del paciente y estableciendo claramente los motivos médicos de la urgencia.

Paralelamente se dará inicio al trámite normal de autorización adjuntando toda la información requerida. Esta solicitud de autorización deberá llegar al FNR antes de 10 días hábiles de la fecha de la angioplastia denunciada como urgencia. Vencido dicho plazo no se dará ingreso al trámite de autorización.

La denuncia de urgencia no significa la autorización del acto por parte del FNR sino que simplemente habilita a realizar el trámite a posteriori. La resolución final de autorizar o no el procedimiento estará sujeta a la normativa vigente y no se tendrá en cuenta el hecho de que el procedimiento ya haya sido realizado. La realización urgente de un procedimiento cuando no existieron motivos que justificaran la urgencia será causa de no autorización de la cobertura aún cuando la indicación del acto se encuentre dentro de la normativa.

- **Indicación**

La indicación de la técnica constituye una etapa indisoluble del tratamiento integral del paciente y en consecuencia es de responsabilidad directa del médico cardiólogo tratante de la institución asistencial que da cobertura al paciente. En consecuencia la Hoja de Identificación del Paciente debe venir firmada por el médico cardiólogo tratante.

La indicación de tratamiento mediante angioplastia deberá estar refrendada por un ateneo médico-quirúrgico del IMAE. La resolución de ese ateneo deberá ser firmada por cardiólogo intervencionista y por cirujano cardíaco.

- **Elección del IMAE que realizará el procedimiento**

Para la elección del IMAE que desarrollará el procedimiento regirá en todos los casos la libertad de opción del paciente.

- **Documentación necesaria**

La documentación a enviar al FNR incluye:

- **Fotocopia de Cédula de Identidad** del paciente
- **Fotocopia del Carné de Asistencia vigente** si se trata de un beneficiario de ASSE - MSP.
- **Hoja de Identificación del paciente.** La Hoja de Identificación es un formulario preimpreso, cuyo modelo es aportado por el FNR y en donde deben ser llenados los datos identificatorios del paciente, el tipo de cobertura, el acto médico solicitado, consignando el IMAE en que será realizado y la firma del responsable de la institución de origen (Director, Director Médico, Director Técnico, etc.). Deberá incluir de manera visible uno o más números telefónicos en los cuales el paciente o su familia inmediata puedan ser ubicados luego del alta.
- **Hoja de consentimiento informado.** El trámite de solicitud debe acompañarse del consentimiento informado del paciente a los efectos de la realización del acto médico. Este consentimiento será recabado por el cardiólogo tratante en un modelo de consentimiento aportado por el

FNR. Deberá constar en el mismo la firma del médico y del paciente. El formulario a utilizar será el correspondiente a angioplastia. Para el caso de pacientes menores de edad o incapaces, el consentimiento será firmado por sus padres, tutores o curadores.

- **Formulario de Solicitud de Angioplastia.** Los datos médicos que justifican la indicación del acto deben ser recogidos en el Formulario de Solicitud. Se trata de un modelo preimpreso aportado por el FNR en el que se deben completar los datos sobre las condiciones del paciente y la patología que motiva el procedimiento. El FNR registrará en su base de datos la información de este formulario por lo cual es imprescindible registrar en forma completa todos los ítems consignados en los casilleros correspondientes. Cualquier omisión en su llenado será causal de devolución de la solicitud.
- **Historia Clínica resumida.** En la misma deben establecerse los principales hechos y su evolución explicando los motivos de la indicación.

8.3 Paraclínica necesaria para la autorización

Los informes de la paraclínica deben ser recientes a efectos de que puedan ser evaluados correctamente con la situación del paciente al momento de la autorización. Quedará a criterio de los técnicos del Fondo la necesidad de actualizarla.

En caso que surja la necesidad de ampliar información respecto a la situación clínica y a la evolución, los técnicos del FNR podrán recabar información con el médico tratante o con el paciente.

Es indispensable que el paciente se haya realizado los siguientes estudios :

- Cateterismo cardíaco
- Estudios de valoración general si han pasado más de tres meses del cateterismo

En la Historia Clínica resumida deben constar los resultados de los mismos.

8.4 Carácter de la autorización y validez de la misma

Evaluada la información por parte del equipo médico del FNR y teniendo en cuenta las normativas vigentes, se emitirá -si corresponde- una Autorización para realizar el procedimiento solicitado con cobertura financiera del FNR.

La no emisión de la Autorización solicitada significa solamente que, en las condiciones específicas, el procedimiento no se encuadra dentro de los requerimientos técnico - administrativos de cobertura financiera por parte del FNR. Por lo tanto no modifica las obligaciones asistenciales de los médicos actuantes y no supone un pronunciamiento sobre la pertinencia o no de la indicación médica realizada.

El FNR entiende que la responsabilidad del IMAE actuante no culmina con el alta otorgada en el mismo. Por consiguiente no emitirá autorizaciones para actos

subsiguientes si entiende que están relacionados a un procedimiento recientemente realizado.

La Autorización emitida podrá incluir a modo de aclaración en su texto, alguna restricción al pago del procedimiento en virtud de la existencia de otro u otros procedimientos concomitantes financiados también por el FNR.

El FNR emite la Autorización sobre la base de la información médica enviada. La efectivización del pago estará sujeta a una evaluación definitiva con la información que se envíe una vez realizado el procedimiento.

La Autorización del FNR tiene una validez de tres meses. Pasado ese plazo sin que el procedimiento haya sido realizado, se deberá gestionar ante el FNR la actualización de la misma explicitando los motivos por los cuales al acto médico fue postergado.

9. INFORME DE REALIZACION Y FACTURACION

Una vez que el paciente se encuentre de alta, el IMAE actuante deberá enviar al FNR:

- 1) Formulario de realización de cada paciente. El modelo de dichos formularios es entregado por el FNR y constituye una historia codificada. Deben completarse todos los datos
- 2) Autorización correspondiente, emitida por el FNR
- 3) Resumen de alta de cada uno de los pacientes

Los IMAE sólo podrán facturar los procedimientos que el FNR les comunique que tienen pago autorizado.

En forma previa al pago de los procedimientos presentados al cobro, el equipo médico del FNR estudiará la documentación enviada con los procedimientos realizados por los IMAE. En caso que se encuentre algún tipo de inconsistencia entre los datos enviados o se carezca de algún dato relevante se suspenderá el trámite de pago y se solicitará por escrito al IMAE la información necesaria. Si de la evaluación resulta que se ha actuado fuera de los protocolos vigentes, o bien que la información enviada antes del procedimiento no reflejaba adecuadamente la situación clínica del paciente, podrá disponerse el no pago del acto realizado.

El FNR no asumirá el pago de stents u otros dispositivos cuyo uso resulte fallido o que no queden implantados en el paciente. Tampoco asumirá el pago de dispositivos que se utilicen en procedimientos no autorizados por el FNR. En los actos con cobertura autorizada por el FNR, no se asumirá el pago de dispositivos cuya marca y modelo no se encuentren en el listado de dispositivos autorizados para ser usados con cobertura del FNR.

Los IMAE solo podrán utilizar insumos y dispositivos registrados y autorizados por el MSP.

10. SEGUIMIENTO

El Fondo Nacional de Recursos realiza un seguimiento de todos los procedimientos efectuados bajo su cobertura con la finalidad de la evaluación de la técnica en el mediano y largo plazo. Los datos recogidos a través del formulario de solicitud y del formulario de realización alimentan una base de datos que permitirá evaluar los resultados obtenidos con los diferentes procedimientos.

El FNR podrá realizar evaluación de los paciente internados, o de las historias clínicas, así como entrevistas a pacientes a efectos de conocer la evolución posterior. Toda vez que lo entienda necesario podrá solicitar al IMAE actuante que cite a determinado grupo de pacientes e informe sobre su evolución.

11. ANEXO

11.1 Clasificación de la Angina según la Sociedad Cardiovascular Canadiense (CCS)

Clase I: Las actividades habituales, tales como caminar o subir escaleras, no ocasionan angina. Esta ocurre con un ejercicio agotador, rápido, prolongado, en el trabajo o la recreación.

Clase II: Limitación leve con la actividad habitual. La angina sucede cuando camina o sube escaleras rápidamente, sube pendientes, después de la ingesta o en el frío o en viento o bajo stress emocional o sólo durante unas pocas horas después de despertarse. El caminar más de 2 cuadras o subir más de un tramo de escaleras comunes a paso normal y en condiciones habituales ocasionan síntomas.

Clase III: Limitación marcada de la actividad física ordinaria. La angina ocurre al caminar 1 o 2 cuadras sin pendiente o al subir un tramo de escaleras en condiciones normales y a paso normal.

Clase IV: Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin sentir molestias. Los síntomas anginosos pueden presentarse en reposo.

11.2 Contraindicaciones de la terapia fibrinolítica en el IAM con elevación del segmento ST

Contraindicaciones absolutas:

- antecedentes de accidente vascular encefálico hemorrágico
- conocimiento de una malformación vascular cerebral (por ej: malformación arteriovenosa)
- proceso maligno intracraneano
- accidente vascular encefálico isquémico en los últimos 3 meses (excepción cuando el evento es de menos de 3 horas de evolución)
- sospecha de disección aórtica
- sangrado activo (se excluye menstruación)
- diátesis hemorrágica
- traumatismo significativo encefálico o facial en los últimos 3 meses

Contraindicaciones relativas:

- hipertensión severa incontrolable en la admisión (presión sistólica mayor de 180mmHg, presión diastólica mayor de 110mmHg)
- accidente Vascular Encefálico isquémico más allá de los tres meses, demencia u otra patología intracraneana (excluyendo las citadas en contraindicaciones absolutas)
- reanimación cardiorrespiratoria prolongada (más de 10 minutos) o traumática
- sangrado interno en las últimas 4 semanas
- punción de vaso no compresible
- embarazo
- úlcera péptica activa
- uso de anticoagulantes orales. Cuanto mayor es el INR, mayor es la posibilidad de complicación hemorrágica
- para la esteptoquinasa: exposición previa entre 5 días a 6 meses (por la eventualidad de alergia) o alergia conocida a estreptoquinasa.
- no es contraindicación la retinopatía diabética

11.3 TEST FUNCIONALES DE ISQUEMIA: CRITERIOS DE ALTO RIESGO

Ergometría

- ↓ ST 2 mm en 1ª o 2ª etapa del protocolo de Bruce
- ↓ ST persistente 5 min postesfuerzo
- ↓ ST en 5-6 derivaciones
- ↓ PA >10 mmHg al aumentar el ejercicio
- Síntomas limitantes con FC <120/min en pacientes que no reciben β-bloqueantes
- Arritmias ventriculares complejas

Centellograma de perfusión miocárdica

- Defecto extenso de perfusión que afecte más de una región
- Defecto de perfusión que afecte un territorio amplio correspondiente a la arteria descendente anterior

- Dilatación isquémica del ventrículo izquierdo

Ecocardiograma de estrés

- Motilidad alterada en ≥ 2 segmentos con dosis bajas de dobutamina
- Motilidad alterada en ≥ 2 segmentos a <120 latidos/min
- Isquemia anterior extensa

11.4 ANGINA INESTABLE DE ALTO RIESGO. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Dolor anginoso prolongado
- Angina de reposo con cambios dinámicos de ST >1 mm
- Edema pulmonar relacionado a la isquemia
- Angina con nuevo soplo de insuficiencia mitral
- Angina con R3 y estertores
- Angina con hipotensión

11.5 TRATAMIENTO MÉDICO PLENO

- Nitroglicerina intravenosa (AI) o nitratos (AE)
- Aspirina
- β -bloqueantes con FC <60 /min
- Estatina
- Inhibidor ECA/ARA-2
- Bloqueante de los canales de calcio en caso de contraindicación a los β -bloqueantes

11.6 INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

- PA $<90/60$ mmHg con hipoperfusión periférica
- Dependencia de drogas inotrópicas intravenosas para mantener la hemodinamia
- Shock
- Edema agudo pulmonar

11.7 INESTABILIDAD ELÉCTRICA

- Taquicardia ventricular sostenida
- Taquicardia ventricular recurrente
- Fibrilación ventricular

11.8 MIOCARDIOPATÍA DE CAUSA INEXPLICADA

Miocardopatía en la que el examen clínico, el interrogatorio, los estudios de laboratorio, la coronariografía y la biopsia de miocardio no encuentran una enfermedad específica que la determine.