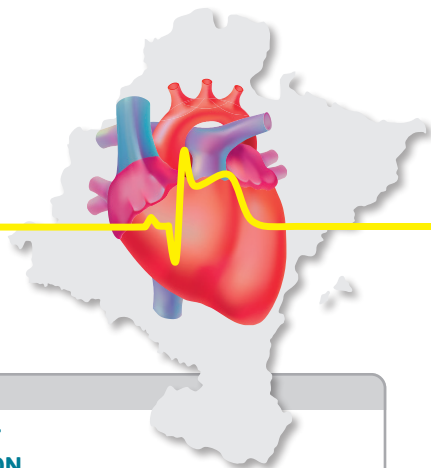


GUÍA CÓDIGO INFARTO-NAVARRA

Protocolo de Tratamiento de Reperusión en IAM/SCACEST



Documento completo en:
www.plandesalud.navarra.es

PROCEDIMIENTO GENERAL:

1 DIAGNÓSTICO DE SCACEST CANDIDATO A REPERFUSIÓN

Síntomas isquémicos + ECG

A | MEDIDAS GENERALES

B | RIESGO ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO

2 ACTIVACIÓN CÓDIGO INFARTO

Aviso/confirmación Central 112-Cardiólogo/a coordinador/a HUN

C | ELECCIÓN MÉTODO REPERFUSIÓN

Angioplastia (ICPp, prioritaria) o Fibrinólisis (FL)

D | MEDICACIÓN ESPECÍFICA SEGÚN ICPP o FL

3 TRASLADO A HUN PARA ICPP o Post-FL

L. Hemodinámica (prioritario para ICPP) o UCC

► **Síntomas isquémicos y tiempo desde el inicio:**

- * **Dolor torácico típico de ≥ 20 min** que no cede con NTG sl o dolor de localización atípica, disnea súbita, fatiga, síncope o PCR recuperada.
- * **Inicio ≤ 12 h** (o >12 h si sigue con dolor y el ST persiste elevado y/o inestabilidad hemodinámica).



► **ECG: elevación persistente de ST** (tras NTG sl), **Bloqueo completo de rama izda. u otras alteraciones:**

* **Elevación de ST:**

- V2-3: ST ≥ 2 mm en ♂ o $> 1,5$ mm en ♀.
- Resto derivaciones: ST ≥ 1 mm en ≥ 2 deriv. contiguas.

Si IAM inferior hacer derivaciones dchas. V3R-V4R para diagnóstico de IAM de ventrículo dcho (VD) (ST $\geq 0,5$ mm) y posteriores: V7-9 (ST $\geq 0,5$ mm).

Si descenso de ST en V1-3 hacer derivaciones posteriores: V7-9 para identificar infarto posterior (ST $\geq 0,5$ mm).

- * **Bloqueo de rama izda.**, no previo o desconocido.
- * **Consultar si sospecha de SCA** en las siguientes situaciones:
 - **IAM hiperagudo anterior: complejo ST-T positivo prominente en derivaciones anteriores.**
 - **Descenso de ST en V1-3**, probable IAM posterior, hacer derivaciones V7-V9: IAM posterior si elevación ST $\geq 0,5$ mm en esas deriv.
 - Síntomas sugestivos de isquemia y **Bloqueo de rama dcha.** o **ECG no diagnóstico:** W-P-W, marcapasos u otras alteraciones.
 - **Descenso de ST ≥ 1 mm en ≥ 8 deriv.** con elevación ST en aVR y/o V1: sospecha de enfermedad multivaso o lesión de tronco izdo., ALTO RIESGO isquémico vital.

A | MEDIDAS GENERALES

- 1. Reposo** en decúbito supino, ligeramente incorporado.
- 2. ECG de 12 derivaciones, en <10 min**, + dchas y post. si elevación. ST inferior y posteriores si descenso de ST en V1-V3.
Si normal repetir en 15 min. **Anotar fecha y hora.**
- 3. DESFIBRILADOR** preparado y cercano al paciente.
- 4. MONITORIZACIÓN ECG, TA y sat.O₂.**

5. Anamnesis dirigida y Exploración Física:

- Edad. Tipo, inicio y duración del dolor, otros síntomas, antecedentes médicos, FRCV, ALERGIAS, medicaciones previas. Tóxicos (cocaína,..), sildenafilo (Viagra®) o análogos. Peso.
- E.F.: constantes (Sat.O₂, TA, FC, FR), IY, A.C.: (arritmias, soplos, 3R), A.P.: crepitantes (Killip). Pulsos.

Anotar fecha y hora de inicio de los síntomas y duración.

6. Vía venosa periférica con s. fisiológico, brazo izquierdo.

7. No utilizar medicación intramuscular.

8. Oxigenoterapia SÓLO si SpO₂ < 90% o signos IC o Shock.

9. Medicación general:

- * **AAS** 250 mg vo sin recubrimiento entérico o **Inyesprin**® 1/2 amp. IV (excepto en casos de toma crónica o alergia).
- * **Tratamiento del dolor:**
 - **NTG** SL o IV excepto si TA sistólica < 90 mmHg, FC < 50 lpm, IAM de VD o Inhibidores fosfodiesterasa (Sildenafilo-Viagra® y similares) últimas 48h.
 - **Analgésicos** si dolor importante y persistente: **Cloruro mórfico**, 2-5 mg IV o SC. Se puede repetir cada 5 min hasta un max. de 20 mg. Precaución si TA sistólica < 90 mmHg. / **Fentanilo** 50-100 mcg IV (1 mcg/kg). Repetir 1/2 dosis cada 5 min hasta 3 mcg/kg / **Meperidina** (Dolantina®) 30 mg en administración IV lenta.
 - No administrar AINE (excepto AAS).
- * Antieméticos IV si existen náuseas, ej.: metoclopramida (Primperan®).

10. Si PCR, realizar técnicas RCP.

En caso de mantener inconsciencia, no administrar suero frío antes del hospital.

11. Tratamiento de algunas situaciones clínicas y complicaciones:

- * **Hipertensión arterial**, TA sistólica > 160 mmHg o TA diastólica > 100 mmHg:
 - NTG sl o iv (10-200 mcg/min).
 - Betabloques vo o iv, si no contraindicación, Atenolol 50 mg vo o 5 mg iv o Bisoprolol 2,5 mg, vo.
 - Si broncopatía: Captopril 25-50 mg, vo.
 - **Evitar Nifedipino.**
- * **Hipotensión** < 90 mmHg y/o **bradicardia** < 50 lpm (sinusal con hipoTA o bloqueo A-V de 2° ó 3er grado):
 - Atropina: 0,5-1 mg IV. Repetir cada 5-10 min hasta max. 3 mg.

- Marcapasos externo si persiste bradicardia severa o Bloqueo A-V sintomático (precisa sedación).

- Suero fisiológico: 250 ml/15 min si no hay signos de ins. cardiaca.

* **Insuficiencia cardiaca:**

- O₂ si sat. O₂<90%

- Furosemida iv.

- Nitroglicerina iv , si TAS >90 mmHg (10-200 mcg/min).

- Dobutamina iv, si TAS <90 mmHg y no hipovolemia, 2-20 mcg/k/min.

- Apoyo ventilatorio si no responde a medidas no invasivas.

* **Fibrilación auricular** con respuesta ventricular >120 lpm:

- Amiodarona iv, 300 mg en 20 min

- Betabloqueantes si no contraindicaciones: Atenolol 50 mg vo o 5 mg iv.

* **Taquicardia ventricular con pulso:**

- Amiodarona iv, 300 mg en 20 min.

- Betabloqueantes iv si no contraindicaciones: Atenolol 5 mg iv.

B | RIESGO ISQUÉMICO

Los pacientes con alto riesgo isquémico requieren máxima vigilancia y se benefician más de la reperfusión.

IAM de alto riesgo si uno de los siguientes datos:

* IAM previo.

- IAM anterior extenso (V1-V2 a V5-V6, DI y aVL).

- IAM anterior aislado con elevación ST > 2 mm en dos deriv. ant.

- Bloqueo completo de rama izda.

* IAM actual:

- Descenso de ST ≥ 2 mm en V1-V3 (IAM posterior).

- IAM inferior y elevación ST ≥ 0,5 mm en V3R-V4R (IAM de VD).

- IAM inferior con FE < 35%.

- Sospecha de enfermedad multivaso o lesión de tronco izquierdo.

* TA sistólica < 100 mmHg.

* FC > 100 lpm.

* Killip > II y/o shock.

* **CLASIFICACIÓN KILLIP (Insuficiencia cardiaca en IAM)**

I: A.P. normal: no crepitantes.

III: Crepitantes ≥ campos medios (EAP).

II: Crepitantes en bases.

IV: Shock cardiogénico.

► FIBRINOLISIS

* **Contradicciones absolutas:**

- Historia previa de hemorragia intracraneal o ictus de origen desconocido.
- Ictus isquémico en los últimos 6 meses excepto <4,5h.
- Trastornos vasculo-cerebrales (p.e aneurisma) o neoplasias intracraneales.
- Traumatismo mayor/cirugía/lesión en cabeza reciente (último mes).
- Hemorragia gastrointestinal en el último mes.
- Diátesis hemorrágica o sangrado activo, salvo menstruación.
- Sospecha de disección aórtica.
- Cirugía intracraneal o medular <2 meses.
- Punción no compresible <24 h (biopsia hepática, punción lumbar).
- Score HIC ≥ 4 , en ausencia de las anteriores.

Riesgo de hemorragia intracraneal con FL (Stroke 2000)

Score: cada factor=1 p.

No FL si score ≥ 4 (HIC > 2,43%)

Edad > 75 / Raza negra / ♀ / Ictus previo / PAs ≥ 160 mmHg /

Peso <70 kg / ACO

* **Contradicciones relativas:**

- AIT transitorio en los últimos 6 meses.
- Anticoagulación oral.
- Embarazo o 1ª semana postparto.
- HTA refractaria: TAs >180 y/o TAd >110 mmHg.
- Hepatopatía avanzada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcus péptico activo.
- Maniobras de RCP traumáticas o prolongadas (>10 min).

► ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Si **indicación de ICPp** para la **elección del 2º antiagregante** y posibles limitaciones/precauciones en el procedimiento.

Riesgo alto si uno de los siguientes datos:

- Anticoagulación oral.
- Ictus hemorrágico.
- Diátesis hemorrágica.
- Úlcus péptico activo.
- Neoplasias activas.
- Plaquetas < 50.000/ML o Anemia: Hgb. < 10 gr/dL.
- Insuficiencia renal crónica grave.
- HTA severa mal controlada.
- Hepatopatía severa.
- Alcoholismo.
- Cirugía mayor en <1 mes.

► Atención Primaria

- * **Aviso de Código a Médico/a coordinador/a de 112**
Solicita recursos (UVI-M/Helicóptero)

► UVI-móvil y Hospitales sin ICP (HRS, HGO...)

- * **Confirmación de Código**, comunicación a:
Central 112-Cardiólogo/a coordinador/a HUN*

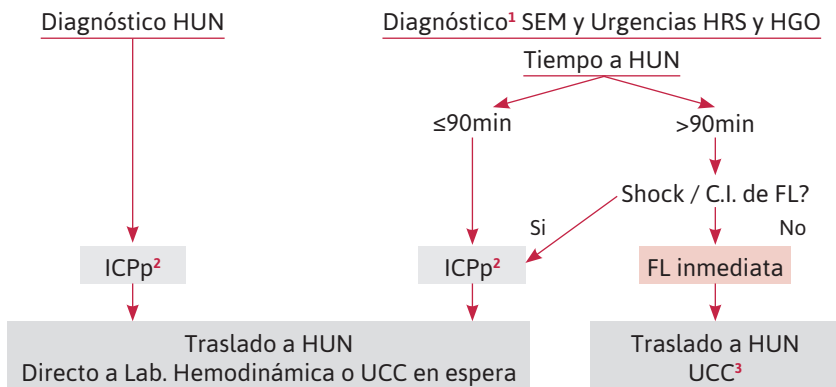
► HUN (Hospital con ICP)

- * **Aviso a Cardiólogo/a coordinador/a HUN***

- * El/la **Cardiólogo/a coordinador/a HUN** es el/la responsable de la UCC, acuerda ICPp o FL, llama al equipo de hemodinámica si ICPp o de rescate y comunica/gestiona destino en HUN o derivación.

C | ELECCIÓN MÉTODO DE REPERFUSIÓN

Pacientes con SCA con EST $\leq 12h$



1 Si diagnóstico pre HUN, considerar FL inmediata (<10 min desde diagnóstico o decisión) si tiempo síntoma a diagnóstico <60 min e infarto grande y traslado a HUN >60 min.

2 Si no es posible ICPp (paso de guía) en HUN en ≤ 120 min: reconsiderar FL o derivación a otro hospital con ICP.

3 Si no reperusión en 60min desde FL: cese de dolor y descenso de elevación ST>50%: realizar ICP de rescate.

MEDICACIÓN ANTITROMBÓTICA EN FIBRINOLISIS

▶ **AAS** 250 mg vo sin recubrimiento entérico o Inyesprin® 1/2 amp. IV (excepto en casos de toma crónica o alergia).

▶ **Segundo antiagregante:**

Clopidogrel, vo, dosis según edad: ≤ **75 años**: 300 mg
> **75 años**: 75 mg.

▶ **Fibrinolítico: TNK** (Metalyse®): bolo iv único según peso, 1/2 de dosis si ≥ 75 años

<60 kg	60-70 kg	70-80 kg	80-90 kg	>90 kg
6.000 U (30 mg)	7.000 U (35 mg)	8.000 U (40 mg)	9.000 U (45 mg)	10.000 U (50 mg)

▶ **Anticoagulante: Enoxaparina** (Clexane®): Dosis según edad y función renal:

- **Edad < 75 años**: Bolo iv de 30 mg.

A los 15 min, sc, 1 mg/kg/12h (máximo 100 mg las dos primeras dosis).

- **Edad ≥ 75 años**: No bolo iv.

Vía sc, 0,75 mg/kg/12h (máximo 75 mg las dos primeras dosis).

- **Función renal**: aclar. creatinina < 30 ml/min:

No bolo iv. Vía sc, 1 mg/kg/24h.

Preferible Heparina Sódica, bolo iv: 60 U/k, máximo 4.000 U, y perfusión de 12 U/K, máximo 1.000 U/h, control a las 3h. para APTT 50-70 mseg.

3

TRASLADO A HUN PARA ICPp o Post-FL

Comunicar al HUN las incidencias durante el traslado.

Lugar de destino de acuerdo con Cardiólogo/a coordinador/a HUN:
L. de Hemodinámica (prioritario para ICPp) o UCC.