



ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME  
CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST  
EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
PROYECTO IAMASTUR

# CÓDIGO CORAZÓN

UNIDAD DE ATENCIÓN A URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS (SAMU - ASTURIAS).  
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.  
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA HOSPITAL DE CABUEÑES.

2017



## Objetivo

---

Establecer el procedimiento a seguir por los profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias ante un paciente diagnosticado de IAM con elevación del segmento ST (SCACEST):

- Diagnóstico precoz del IAM con elevación del ST en pacientes con dolor torácico (ECG en los primeros 10 minutos) (Tiempo 0 = Primer Contacto médico = Hora de realización del ECG)
- Asegurar la reperfusión precoz, seleccionando la estrategia adecuada a cada paciente.
- Asegurar el traslado medicalizado al centro hospitalario correspondiente.

## Alcance

---

La población diana se extiende a la totalidad del Principado de Asturias, con la siguiente distribución de recursos terapéuticos:

- Angioplastia Primaria (ICPp):
  - Los pacientes de las Áreas V, VI y VIII serán trasladados al Hospital de Cabueñes
  - Los pacientes de las Áreas I, II, III, IV, y VII serán trasladados al HUCA
- Fibrinólisis farmacológica, salvo contraindicaciones o inestabilidad hemodinámica, en el caso de que no pueda realizarse ICPp en los plazos recomendados: en el centro correspondiente.

## Procedimiento extrahospitalario CCU

---

Cuando un paciente es diagnosticado de IAM con elevación del ST, el médico que realiza el diagnóstico contactará con el CCU a través del **teléfono 112**, ó bien el **900 330 100**, solicitando comunicación con el **médico regulador**, que procederá a:

1. Activar el **CÓDIGO CORAZÓN**.
2. Seleccionar la estrategia de reperfusión adecuada.
3. Gestionar la derivación del paciente al centro hospitalario oportuno (Transporte medicalizado).
4. En el CCU se realizará el registro de cada paciente, haciendo constar:
  - a. Nº de incidente, fecha y hora de entrada de la llamada.
  - b. Nombre, edad y sexo.
  - c. Clínica y hora de comienzo de los síntomas.
  - d. Hora de primer contacto médico (PCM): realización del ECG.
  - e. Hora de activación del CÓDIGO.
  - f. Hospital de destino.
  - g. Hora de llegada al Hospital.



## **ANGIOPLASTIA PRIMARIA**

Tras la activación del código, el **médico regulador del CCU** procederá a:

1. Establecer contacto con el **médico de guardia de Cardiología**:

- Del Hospital de Cabueñes, mediante llamada al Busca **72132**
- Del HUCA, mediante llamada al Busca **75702**.

Comunicar los datos de filiación, situación clínica y hora estimada de llegada del paciente. Así mismo, contactará con ellos siempre que exista alguna duda sobre la estrategia de reperfusión adecuada.

El cardiólogo de guardia activará al equipo de hemodinámica de su hospital.

2. Gestionar el traslado del paciente al centro hospitalario correspondiente:

- El paciente será trasladado a la sala de hemodinámica directamente, salvo que esté ocupada, en cuyo caso se trasladará a la Unidad Coronaria, ó si es factible, al otro centro con capacidad para ICPp.
- El cardiólogo de guardia del hospital receptor se encargará de disponer los recursos humanos y materiales necesarios para la recepción del paciente en función de su situación clínica, facilitando la operatividad del equipo del SAMU a la mayor brevedad posible.
- El acceso del equipo que traslada al paciente se realizará:
  - i. En el Hospital de Cabueñes: por la puerta del Servicio de Urgencias, accediendo a la Unidad de Coronarias / Hemodinámica en la 1ª Planta.
  - ii. En el nuevo HUCA: por la puerta de acceso del Transporte Sanitario, situada en la fachada Norte del hospital, junto al edificio de Docencia, accediendo a la Sala de Hemodinámica, situada en la Planta +1 de dicho edificio.

3. Gestionar el retorno del paciente a su hospital de referencia, especialmente a los centros que disponen de Unidades de Cuidados Intensivos (áreas III y VIII)

## **FIBRINOLISIS**

Tras la activación del código, el médico regulador del CCU procederá a establecer contacto con el médico de guardia de Cardiología del hospital al que se trasladará al paciente para comunicarle datos de filiación, situación clínica y hora estimada de llegada.

El paciente, una vez realizado el tratamiento fibrinolítico, será trasladado al hospital con capacidad de ICP de referencia.

En caso de contraindicación para Fibrinólisis ó Fibrinólisis fallida (angioplastia de rescate), el paciente será derivado de forma inmediata a la Unidad de Hemodinámica de referencia.

## **Asistencia Sanitaria durante el Traslado en Unidades Medicalizadas:**

El equipo sanitario responsable de esta asistencia deberá instaurar las medidas detalladas en los ANEXOS I y II, a fin de preparar al paciente para la Angioplastia Primaria, ó administrar el tratamiento fibrinolítico en los casos en que ésta sea la estrategia de reperfusión seleccionada.



## ANEXO I

### TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO PACIENTE CANDIDATO A ICPP

Tras el diagnóstico, se tomarán una serie de medidas que no deben retrasar el traslado:

- a. Desnudar al paciente y retirar prótesis, así como objetos metálicos.
- b. Realizar ECG de 12 derivaciones, si no se ha realizado previamente.
- c. Administración de Oxígeno (mascarilla o gafas nasales), en presencia de disnea, hipoxemia ( $SpO_2 < 95\%$ ) o insuficiencia cardíaca. (Recomendación clase I, nivel de evidencia C).
- d. Monitorización continua, con posibilidad de desfibrilación inmediata.
- e. Acceso venoso periférico (evitar punciones venosas en miembro superior izquierdo si el paciente es incluido en el ensayo clínico CONDI 2, y en la zona de la muñeca derecha para preservar el acceso radial). Cuando sea posible, realizar extracción para analítica (Hemograma, bioquímica incluyendo marcadores cardíacos, coagulación)
- f. Tratamiento sintomático (analgésico, ansiolítico, etc.)
  - Cloruro mórfico: Bolo I.V. de 4-8 mg. Dosis adicionales de 2 mg a intervalos de 5-15 min. (Recomendación clase I, nivel de evidencia C).
  - Nitroglicerina sublingual. Dosis inicial de 0'4 mg. (spray). Dosis adicionales a intervalos de 5 minutos. Máximo 3 dosis. NO dar si TAS < 90 mmHg. Precaución en IAM inferior y Bloqueo AV completo.
  - Nitroglicerina IV. Ante: persistencia de dolor, hipertensión, insuficiencia cardíaca. Dosis inicial de 10-20 mcg/min, aumentando de 5 en 5 mcg/min en función de la respuesta al dolor y siempre con control de TA. NO administrar si: TAS < 90 mmHg (o descenso de más de 30 mmHg respecto a la basal); Bradicardia, Taquicardia, IAM ventrículo derecho, uso en las 24 - 48 h previas de inhibidores de la fosfodiesterasa (aminofilinas, amrinona, sildenafilo...).
  - Pueden ser necesarios ansiolíticos. (Recomendación Clase II-a, nivel de evidencia C).
- g. Tratamiento antiplaquetario: (doble antiagregación)
  - Aspirina. Todos los pacientes que no la estuvieran tomando previamente, deben recibir, tan pronto como sea posible, una dosis oral (masticada) de 150-300 mg. de AAS sin cubierta entérica. Si la vía oral no es posible (vómitos, alteración del nivel de conciencia...), administrar una dosis de 80 - 150 mg. i.v. utilizando la dosis equivalente de Acetilsalicilato de lisina (una ampolla de 900 mg. equivale a 500 mg. de AAS) en 100cc de Suero Salino Fisiológico o Glucosado al 5% a pasar en 5-10 minutos. NO administrar si: Alergia conocida, sangrado digestivo activo, alteraciones de la coagulación o enfermedad hepática grave.
  - Clopidogrel: Dosis de carga de **600 mg** por vía oral.



## ANEXO II

### TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO PREHOSPITALARIO

Tras el diagnóstico, se comprobará la existencia o no de contraindicaciones:

#### CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- ACV hemorrágico o de origen desconocido en cualquier momento
- ACV isquémico en los 6 meses precedentes
- Neoplasia del SNC
- Traumatismo/cirugía/daño encefálico importante en las 3 semanas precedentes
- Sangrado gastrointestinal en el último mes
- Alteración hemorrágica conocida
- Disección de aorta
- Punciones no compresibles (biopsia hepática, punción lumbar)

#### CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Accidente isquémico transitorio en los 6 meses precedentes
- Tratamiento anticoagulante oral
- Gestación o primera semana postparto
- Hipertensión refractaria (PAS > 180 mmHg o PAD > 110 mmHg)
- Enfermedad hepática avanzada
- Endocarditis infecciosa
- Úlcera péptica activa
- Reanimación prolongada o traumática

En caso de duda sobre si alguna situación pueda ser considerada o no como contraindicación, se contactará con el médico de guardia de cardiología, a través del CCU.

Las medidas generales y el tratamiento analgésico se realiza según lo dispuesto en el Anexo I. Además, se administrará la siguiente medicación:

a. Protección gástrica:

- Omeprazol. 1 vial de 40 mg en bolo IV directo

b. Antiagregación:

- Aspirina: los pacientes que no la estuvieran tomando previamente, recibirán una dosis oral sin protección entérica (masticada) de 150-300 mg; si la vía oral no es posible, se administrará la dosis equivalente por vía intravenosa (Acetil-salicilato de lisina).
- Clopidogrel: edad ≤ 75 años: 300 mg vía oral; edad > 75 años: 75 mg.

c. Agentes fibrinolíticos:

- Tenecteplasa (TNK-Tpa): Administración IV de dosis ajustada al peso
  - 30 mg <60 Kg
  - 35 mg 60-69 Kg
  - 40 mg 70-79 Kg
  - 45 mg 80-89 Kg
  - 50 mg ≥ 90 Kg



d. Tratamiento antitrombótico coadyuvante:

- Heparina. Se administrará bolo IV de Heparina Sódica al 1%, 60 UI/Kg (Máximo 4000 UI o 4 ml)
- Tras la administración del agente fibrinolítico, administrar perfusión IV de Heparina Sódica al 5% (25.000 UI), 1 vial de 5 ml en 250 ml de Suero Salino al 0,9%, a pasar a 10 ml/hora