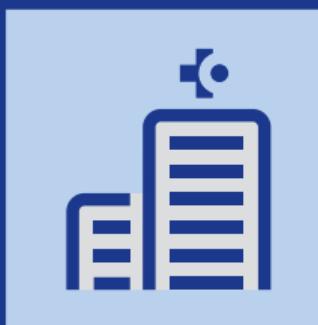


2^a EDICIÓN 2018



Red Bihotzez CÓDIGO **INFARTO**

Protocolo de
tratamiento del IAM
con elevación del
segmento **ST SCACEST**
en la Comunidad
Autónoma del
País Vasco



OBJETIVOS

Protocolo de actuación consensuado ante un Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST en la Comunidad Autónoma del País Vasco para conseguir la mayor tasa de reperfusión inmediata garantizando una atención universal y equitativa.

HOSPITAL CON CAPACIDAD DE ICPP

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO

HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE DONOSTIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA

TELÉFONOS DE COORDINADORES SCACEST

HU Cruces: 610 471 655; Interior 88 70 14

HU Basurto: 610 470 858; Interior 88 08 58

H Galdakao: 688 809 265; Interior 88 92 65

HU Álava: 945 007 473; Interior 81 74 73

HU Donostia:

CMI 677 955 061; Interior 88 50 61

Hemodinamista 688 809 055

POBLACIÓN DE REFERENCIA

- Población de referencia propia del HU Cruces.
- Hospitales San Eloy y Urduliz.
- Pacientes de OSI Barrualde en horario no ordinario en los **DÍAS PARES del mes** y trasladados en helicóptero.
- Pacientes del Valle Mena (SaCyl) atendidos habitualmente en HU Cruces.

- Población de referencia propia del HU Basurto.
- Hospital de Santa Marina.
- Pacientes de OSI Barrualde en horario no ordinario en los **DÍAS IMPARES del mes**.
- Pacientes del Valle Mena (SaCyl) atendidos habitualmente en HU Basurto.

- Pacientes de OSI Barrualde en horario ordinario de 8-15h de lunes a viernes.

- Población de referencia propia del HU Donostia.
- Hospitales de Zumárraga, Mendaro y Bidasoa.
- Clínica de la Asunción de Tolosa.

- Población de referencia propia del HU Álava.
- Hospital Alto Deba, HUA sede Santiago y Hospital Santiago de Miranda de Ebro*

*aunque este centro pertenece a SaCyl, se encuentra integrado en el protocolo de SCA de Álava.



RECOMENDACIONES GENERALES

- 1. ECG de 12 derivaciones.** Si normal repetir en 15 minutos. Registrar la hora de realización del ECG.
- 2. Desfibrilador** preparado y cercano al paciente.
- 3. Monitorización ECG continua y monitorización de de TA incruenta y saturación de O₂.**
- 4.** Breve historia clínica dirigida: características del dolor, su cronología, síntomas acompañantes, antecedentes patológicos de interés y medicación habitual.
- 5. Acceso venoso periférico permeable** con 500 ml de SSF. Preferentemente en brazo izquierdo. Evitar la mano y muñeca derechas.
- 6. No utilizar medicación intramuscular.**
- 7. Oxigenoterapia** sólo si hay SpO₂< 90%, signos de insuficiencia cardiaca o shock.
- 8. AAS** en dosis de carga de 300 mg preferentemente vía oral (en caso de vómitos, Inyesprin®, media ampolla IV). Se administrará a todos los pacientes nada más contactar con el sistema excepto si alergia a AAS o si ya lo están tomando. Ante la duda se administrará el fármaco.
- 9. Tratamiento del dolor:**
 - a. **Nitroglicerina sublingual:** 1 comp o 1-2 pulsos sublinguales cada 10 min hasta un máximo de 3 comp o 6 pulsos. Administrar sólo si el paciente presenta dolor y no existen contraindicaciones (TA sistólica <90 mmHg o sospecha de infarto de ventrículo derecho o toma de inhibidores de la fosfodiesterasa en las últimas 48h como sildenafilo-Viagra® y similares). Precaución si FC >100 lpm o <50 lpm.

b. Si persiste el dolor intenso y refractario, administrar cloruro Mórfico IV en bolos de 2-3 mg que se pueden repetir cada 5 minutos (si no hay acceso vascular 5 mg vía subcutánea cada 5 minutos) hasta control del dolor o aparición de efectos secundarios. Como alternativa se pueden administrar 50-100 mcg de fentanilo iv. Precaución si TA sistólica <90 mmHg. Los opiáceos pueden retrasar la absorción digestiva de los antiagregantes orales.

10. Si HIPERTENSIÓN ARTERIAL (TA sistólica > 160 mmHg o TA diastólica >100 mmHg):

- a. Betabloqueante oral (atenolol 50 mg ½ comprimido o bisoprolol 2.5-5 mg), salvo contraindicación por asma, EPOC, Bloqueo AV, signos de insuficiencia cardíaca, hipotensión o bradicardia (< 50 ppm). Valorar administrar betabloqueante IV en presencia de hipertensión o persistencia de isquemia y ausencia de contraindicaciones.
- b. Si betabloqueante contraindicado: Captopril 25-50 mg vía sublingual.
- c. No utilizar nifedipino.

11. Si HIPOTENSIÓN ARTERIAL y/o BRADICARDIA inferior a 50 ppm:

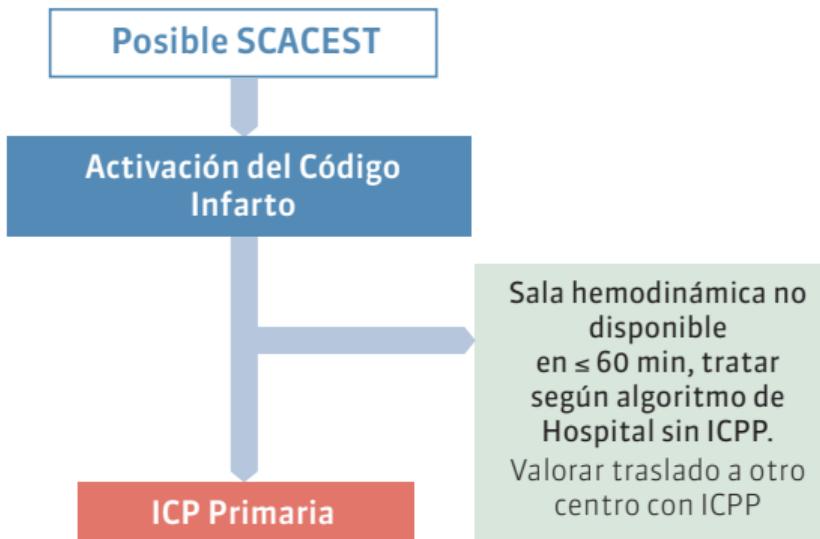
- a. Atropina (1 mg vía intravenosa) en caso de bradicardia. Repetir dosis cada 5-10 minutos hasta un máximo de 3 mgs.
- b. SSF (250 ml/15 minutos) si no hay signos de insuficiencia cardíaca.

12. Si presenta **parada cardio-respiratoria (PCR), realizar técnicas de resucitación cardio-pulmonar básica y avanzada.**



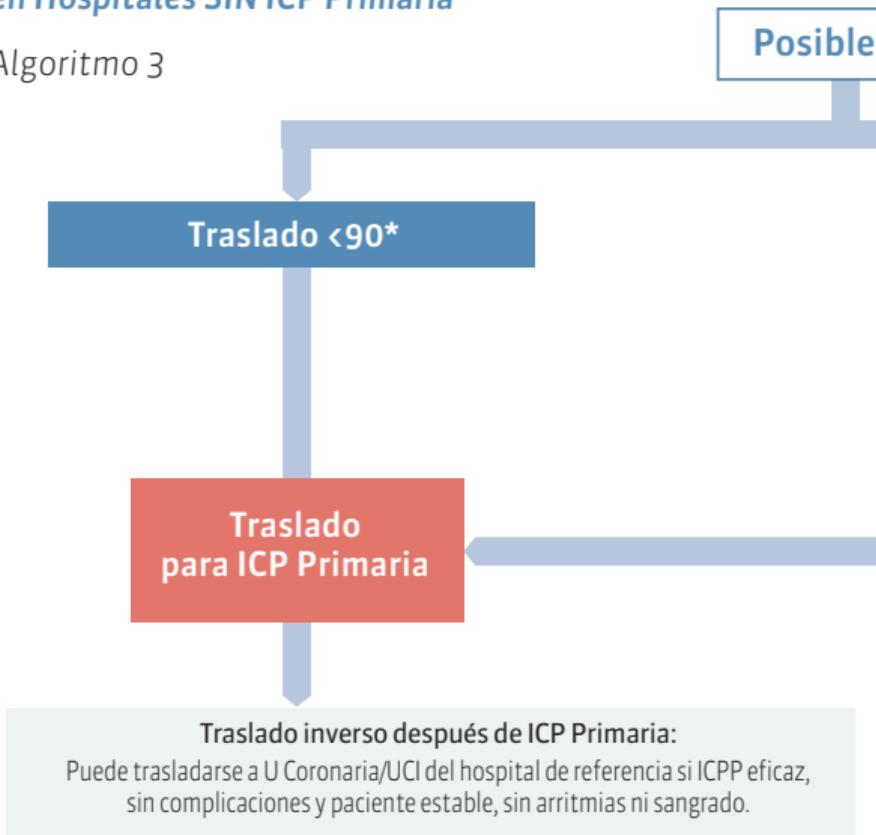
Pacientes atendidos en Hospitales con ICP Primaria

Algoritmo 2



Pacientes atendidos por EMERGENCIAS o en Hospitales SIN ICP Primaria

Algoritmo 3



* **Tiempo de traslado:** desde el diagnóstico de SCACEST (ECG interpretado) hasta la llegada al Hospital con ICPP



SCACEST

Traslado >90 min*

Si Killip III o IV o fibrinólisis
contraindicada

Si Killip I o II y
fibrinólisis no contraindicada

Fibrinólisis
inmediata

Los pacientes fibrinolisados:

- Traslado inmediato a U Coronaria/UCI de su hospital de referencia con posibilidad de ICP.
- Si no hay signos de reperfusión en 60 min, traslado para ICP de rescate.

PROCEDIMIENTO DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

1. Antiagregación oral

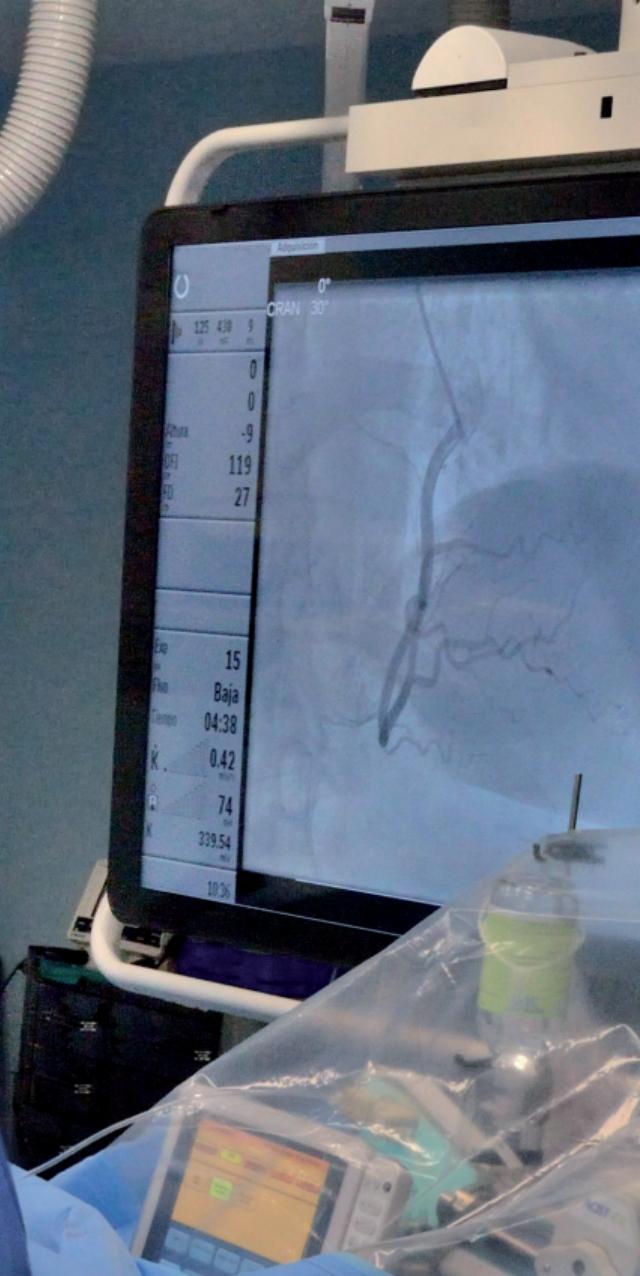
- Además de AAS (carga 300 mg seguido de 100 mg/24h oral) en los pacientes sometidos a ICPP es necesario administrar un segundo antiagregante (prasugrel/ticagrelor/clopidogrel).
- El segundo antiagregante (prasugrel/ticagrelor/ clopidogrel) lo administrará el Primer Contacto Médico según el siguiente esquema:
 - Preferentemente, se administrará o **PRASUGREL 60 mg** (6 comprimidos de 10 mg de Efient) o **TICAGRELOR 180 mg** (2 comp de 90 mg de Brilique) aunque el paciente se encuentre en tratamiento con clopidogrel.
 - Si no se dispone de prasugrel o ticagrelor, o están contraindicados, administrar 600 mg **CLOPIDOGREL** (8 comprimidos de 75 mg o 2 comprimidos de 300mg).
- En caso de duda diagnóstica, es recomendable no administrarlo y esperar.

2. Anticoagulación (administrar en la sala de Hemodinámica)

- **NO DEBEN ADMINISTRARSE ANTICOAGULANTES antes del cateterismo, la anticoagulación se llevará a cabo en la sala de hemodinámica.**

3. Abciximab

- Se utilizará a criterio del hemodinamista en la sala de Hemodinámica en función de la carga trombótica.



PROCEDIMIENTO DE FIBRINOLISIS

Se realizará de forma inmediata en el lugar donde se encuentre el paciente (ambulancias, Servicios de Urgencias,...).

1. AAS: dosis de carga de 300 mg vía oral (en caso de vómitos, Inyesprin®, media ampolla IV), tan pronto contacte con el sistema sanitario excepto si alergia a AAS o si que ya lo estén tomando. Ante la duda se administrará el fármaco.

2. Clopidogrel: dosis de carga de 300 mg oral. En pacientes > 75 años no se dará la dosis de carga de clopidogrel, únicamente 75 mg oral.

3. Fibrinolítico: Tenecteplasa (TNK= Metalyse®)

- Comprobar que no haya contraindicaciones.
- Lavar antes la vía venosa con 10 ml de suero fisiológico.
- Bolo único intravenoso según peso en 10 seg.
- Después lavar la vía venosa con 10 ml de suero fisiológico.

Peso del paciente (Kg)	Dosis de Tenecteplasa en <75 años UI = mg (correspondencia en ml)
< 60	6.000 UI = 30 mg (6 ml)
60-69	7.000 UI = 35 mg (7 ml)
70-79	8.000 UI = 40 mg (8 ml)
80-89	9.000 UI = 45 mg (9 ml)
≥90	10.000 UI = 50 mg (10 ml)

4. Administrar anticoagulación: Enoxaparina (Clexane®)

I. 30 mg en bolo iv seguido inmediatamente por la primera administración subcutánea de 1 mg/kg (máxima dosis de 100 mg).

II. Si edad >75 años, no se administrará el bolo iv y se dará una dosis de 0,75 mg/kg/12 h subcutánea.

5. Si a los 60 minutos desde la administración del fibrinolítico No hay signos de reperfusión, se realizará angioplastia de rescate. Estos signos son:

- Persistencia de los síntomas de isquemia
- Inestabilidad hemodinámica o eléctrica
- Elevación del ST > 50% de la elevación máxima presentada
- Ausencia de arritmias de reperfusión

6. Despues de una fibrinólisis eficaz, remitir para coronariografía programada con el objetivo de realizar una Angioplastia Diferida.

**Dosis de Tenecteplasa
en ≥ 75 años**

UI = mg (correspondencia en ml)

3.000 UI = 15 mg (3 ml)

3.500 UI = 17,5 mg (3,5 ml)

4.000 UI = 20 mg (4 ml)

4.500 UI = 22,5 mg (4,5 ml)

5.000 UI = 25 mg (5 ml)

CONTRAINDICACIONES DE FIBRINOLISIS

Contraindicaciones Absolutas

- Hemorragia intracraneal previa o accidente cerebrovascular de origen desconocido en cualquier momento.
- Accidente cerebrovascular isquémico en los 6 meses precedentes.
- Daño en el sistema nervioso central o neoplasias o malformación auriculoventricular.
- Trauma/cirugía/lesión craneal importante recientes (en las 3 semanas precedentes).
- Hemorragia gastrointestinal en el último mes.
- Trastorno hemorrágico conocido (excluida la menstruación).
- Disección aórtica.
- Punciones no compresibles en las últimas 24 horas (p. ej., biopsia hepática, punción lumbar).

Contraindicaciones Relativas

- Accidente isquémico transitorio en los 6 meses precedentes.
- Tratamiento anticoagulante oral.
- Gestación o primera semana posparto.
- Hipertensión refractaria (presión arterial sistólica > 180 mmHg o presión arterial diastólica > 110 mmHg).
- Enfermedad hepática avanzada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcera péptica activa.
- Reanimación prolongada o traumática.

