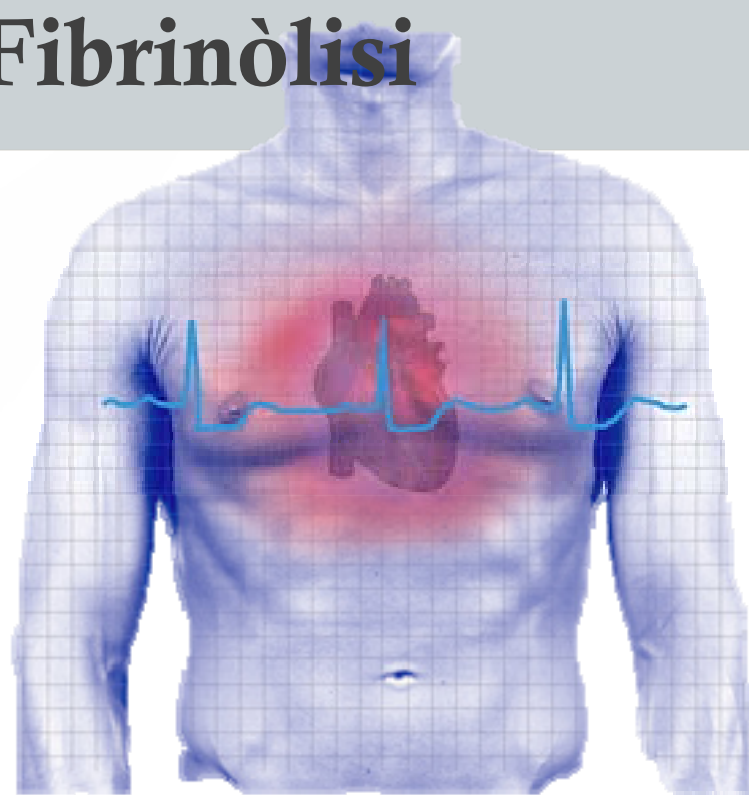


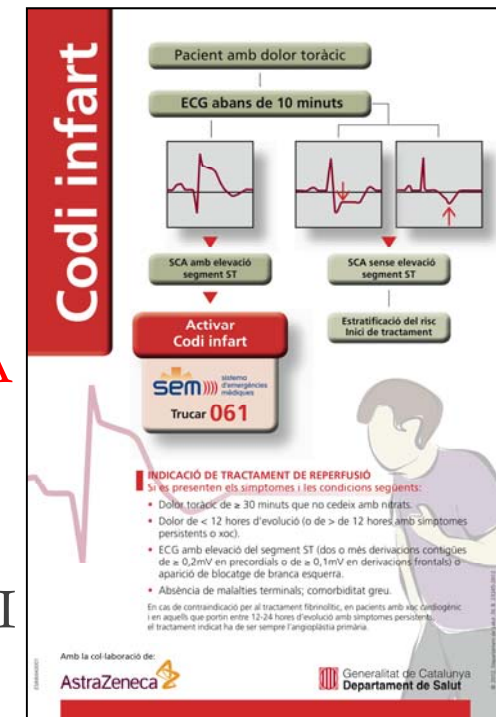
Detecció Clínica: Urgències o domicili (SEM): Box de dolor toràcic a urgències i ECG; activació del SEM o Fibrinòlisi

Dra Ma Carme Boqué
Coordinadora d'urgències
Hospital Universitari Joan XXIII
Tarragona

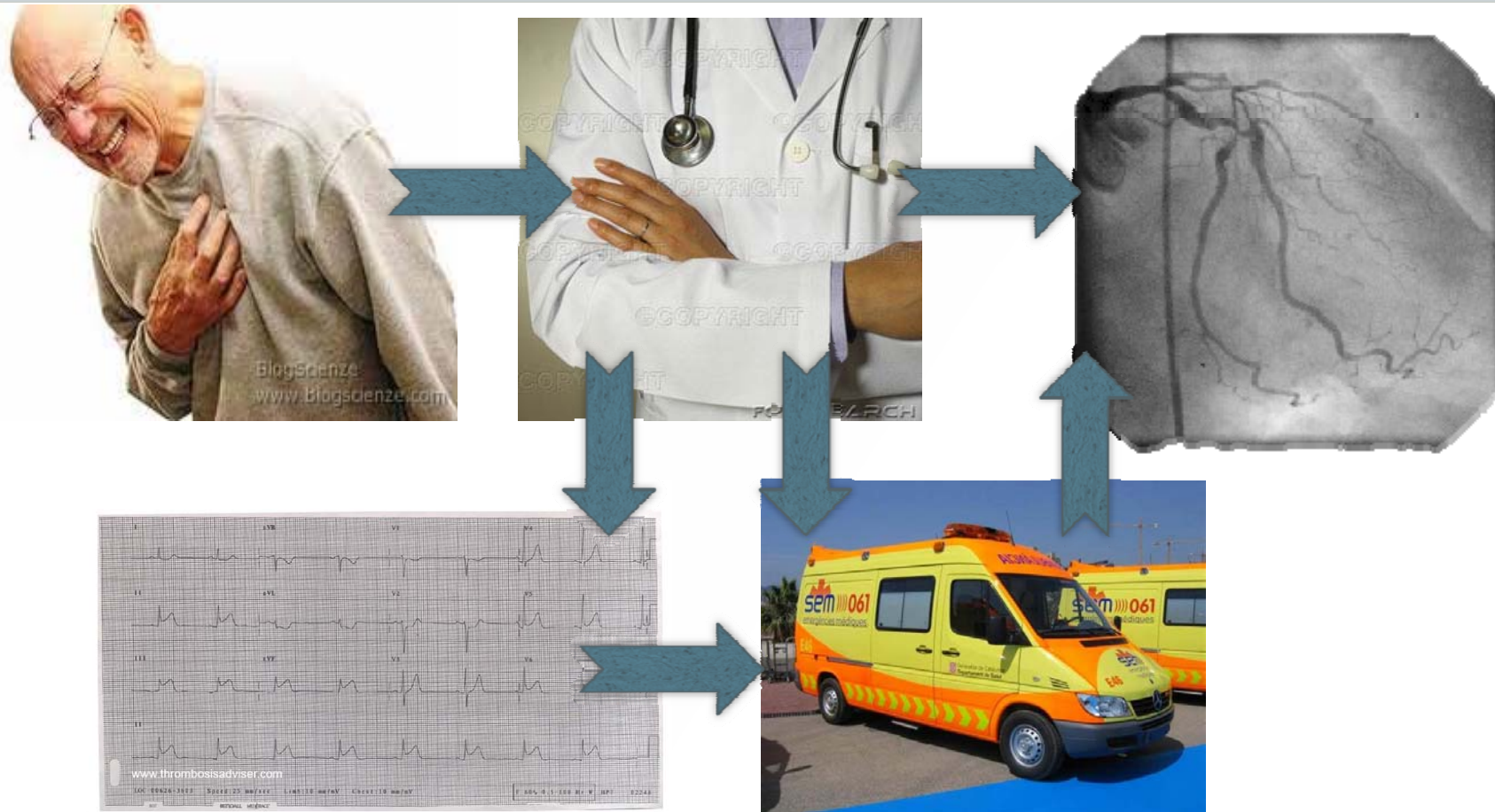


OBJECTIU DEL CODI IAM

- **DETECTAR** DE FORMA PRECOÇ ELS PACIENTS AMB SINDROME CORONARIA AGUDA AMB ELEVACIÓ DE ST (**SCAEST**)
- OFERIR TRACTAMENT DE **REPERFUSIÓ PRECOÇ** (**ANGIOPLÀSTIA PRIMÀRIA**) AL MÀXIM NOMBRE DE CIUTADANTS DEL TERRITORI
- DETECCIÓ , ESTRATIFICACIÓ DE RISC I DERIVACIÓ DELS PACIENT AMB SCASEST



Actors del Codi IAM



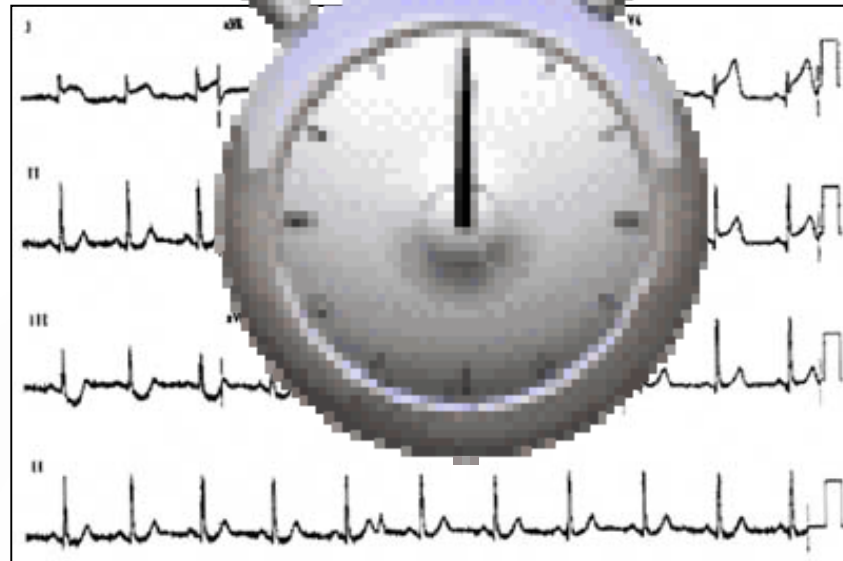
Actors del Codi IAM



< 120 min del PCM

Primer contacte mèdic

- El moment en què es pot indicar el tractament de reperfusió coincideix amb el moment de **realització del ECG que confirma l'elevació ST**



On detectem l'IAMEST?

- Domicili (112 SEM)
- Atenció primària
- Urgències hospitalàries
 - Hospital amb hemodinàmica
 - Hospital sense hemodinàmica



Qui fa la primera detecció de l'IAMEST?

- SEM: Equip mèdic fa i llegeix ECG
- Atenció primària: Infermera d'atenció a la demanda
- Urgències hospitalàries: Infermera de triatge
 - Sistema informatitzat (e-PAT)
 - Sistema manual/informatitzat propi



(Adaptat del National Heart Attack Program. Emergency Department: rapid identificaton and treatment of patients with a heart attack. US Department of Heakth and Human Services. US Public Health Service. National Institutes of Heart, Lung and Blood. 1993;NIH Publication No 93-3278. Also see Table 2 of Anderson JL et al . JACC 2007;50:e1

- or toràcic o epigàstric no traumàtic amb component
càrdica
- ressió, constricció, pes retroesternal o
ensació d'opressió, pesadesa, cre
ndigestió inexplicable, flat
radiació del dolor a
or toràcic a
or
- de cardiopatia isquèmica
- ees i vòmits
- at a diaforesi
- FER i LLEGIR UN ECG < 10 MIN**
- 

Recomanacions de davant el dolor toràcic (I)

Arribada a triatge de pacient amb dolor toràcic característic

Realització i lectura d'un EGC immediatament

IAMEST

Activar Codi IAM

Trasllat a U. Hemodinàmica
Fibrinòlisi

no IAMEST

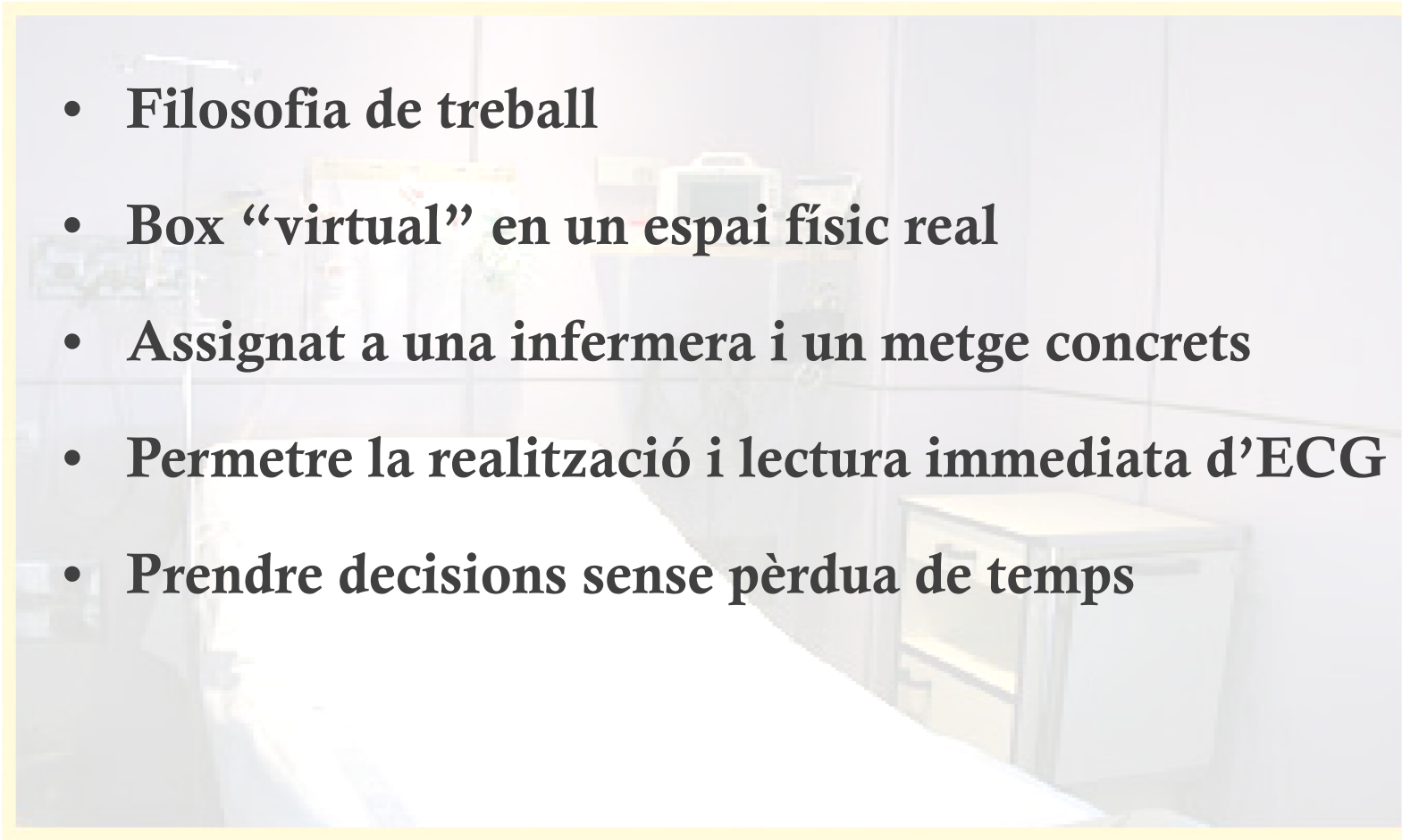
Prosseguir amb el triatge
i protocols vigents





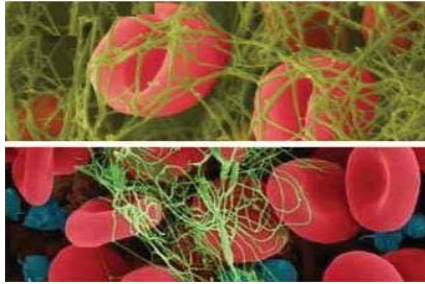
Box de dolor toràctic a Urgències

- Filosofia de treball
- Box “virtual” en un espai físic real
- Assignat a una infermera i un metge concrets
- Permetre la realització i lectura immediata d'ECG
- Prendre decisions sense pèrdua de temps

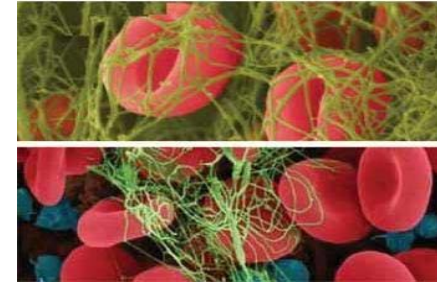


Actuació davant SCAEST

- ABS, CUAP → 112 SEM → Trasllat medicalitzat
- Hospital amb hemodinàmica → Seguir circuit H
- Hospital sense hemodinàmica
 1. Contactar amb SEM
 2. Fibrinòlisi si no es pot garantir hemodinàmica en ≤ 90 min
 3. Trasllat a UCI/UCO medicalitzat



Fibrinòlisi



- Teràpia de **reperfusió** miocàrdica quan la ICPD no està disponible en menys 120 min (PreHospitalària, H.Comarcal, H. amb hemodinàmica)
- Major benefici en les **dues primeres hores**
- Complicacions: hemorràgia cerebral <1%
- Fàrmac d'elecció és **TNK** en bolus segons pes. Temps porta agulla $\leq 30'$
- Absència de xoc cardiogènic i altres contraindicacions (absolutes/relatives)
- Tx addicional amb AAS, Clopidogrel i Heparina
- ECG als **90 minuts** buscant criteris de reperfusió (desaparició del dolor i reducció 50% ST)
- Trasllat a UCI-UCO/Angioplàstia de rescat

Tractament fibrinolític

Indicat en pacients que no poden ser tractats amb AP en un temps màxim de 120 min des del primer contacte mèdic, en absència de xoc cardiogènic o contraindicacions

Tractament addicional

- AAS 250 mg
- Clopidogrel 300 mg (75 mg si > 75 anys/AVC previ)
- Anticoagulació:
 - * Enoxaparina 30 mg ev (excepte edat > 75 anys). Enoxaparina sc iniciada als pocs minuts del bolus ev a 1 mg/Kg/12 h; si edat > 75 anys, dosi de 0.75 mg/kg/ 12 h
 - Si FG $\leq$ 30 ml/min, utilitzar Heparina sòdica (HNF)
 - * HNF: bolus de 60 UI/Kg, perfusió 12 UI/Kg/h
 - * Fondaparinux: bolus de 2.5 mg ev i 2.5 mg/d SC. No si creat pl > 3 mg/dl

Dosi de TNK segons pes:

- < 60 Kg: 6000 UI (30 mg)
- 60-69.9 Kg: 7000 UI (35 mg)
- 70-79.9 Kg: 8000 UI (40 mg)
- 80-89.9 Kg: 9000 UI (45 mg)
- $\geq$ 90 Kg: 10000 UI (50 mg)

Contraindicacions absolutes:

- ACV hemorràgic o d'etiologia desconeguda en qualsevol moment
- ACV isquèmic últims 6 mesos
- Traumatisme o neoplàsia SNC
- Traumatisme, cirurgia major o lesió cerebral recent (3 setmanes)
- Sagnat gastrointestinal durant el darrer mes
- Alteració de la coagulació
- Dissecció d'aorta
- Punció no comprimible (biòpsia hepàtica, punció lumbar)

Contraindicacions relatives:

- ACV als darrers 6 mesos
- Tractament anticoagulant oral
- Embaràs o postpart < 7 dies
- Hipertensió refractària (TAS > 180 mmHg i/o TAD > 110 mmHg)
- Malaltia hepàtica avançada
- Endocarditis infecciosa
- Úlcera pèptica activa
- Maniobres de reanimació cardiopulmonar perllongades o traumàtiques

Tractament amb ICPP

Indicat en tot pacient amb IAMEST < 12 h d'evolució. Tractament en <120 min des del primer contacte mèdic.

Indicat en pacients amb > 12 hores d'evolució que persisteixen amb dolor toràcic o que tenen inestabilitat hemodinàmica

NOTA IMPORTANT: si s'estima un retard > 60-90 minuts per entrar a la sala d'hemodinàmica (segons procedència del pacient), administrar fibrinolític a l'àrea d'urgències de forma immediata.

Tractament mèdic associat

AAS 250 mg

Antagonista de receptor ADP:

- Clopidogrel (600 mg càrrega)
- Prasugrel (60 mg càrrega)
- Ticagrelor (180 mg càrrega)

Heparina sòdica, dosi de 100 UI / kg. (60 UI si antiIIb/IIIa).

Anti IIb/IIIa: segons HDCA

Bivalirudina si alt risc hemorràgic

Activació del Codi infart

Trucada telefònica al SEM
(Centre coordinador)

- Des de domicili
- Via pública
- Urgències CAP
- Urgències Hospital

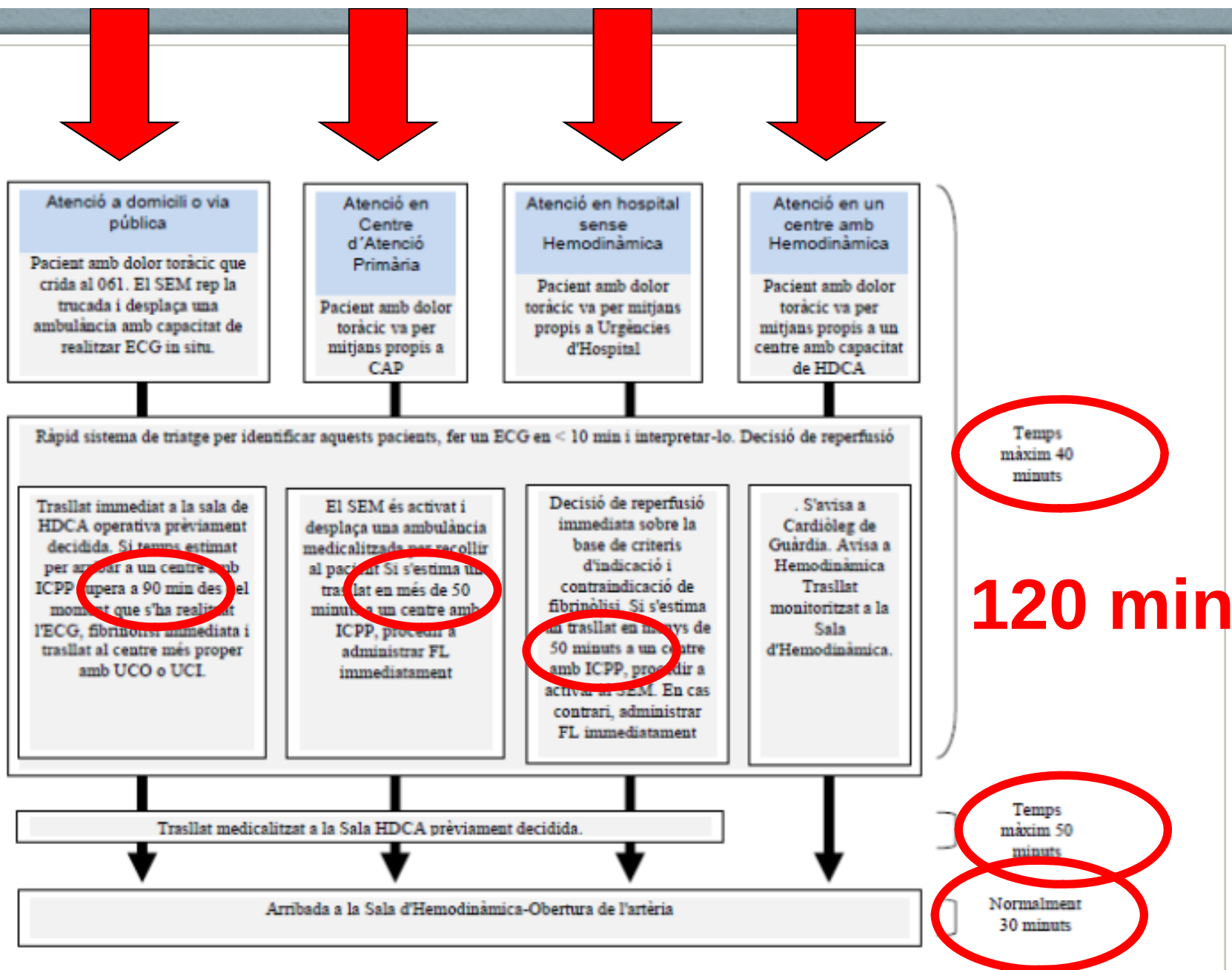
Ordre de desplaçament d'un
Suport vital avançat

Assistència. Estabilització.
Decisió de FL immediata in situ
(en Domicili pacient, via pública
o CAP) o trasllat per ICPP en
funció de criteris clínics i de
temps de transport. Es comunica
decisió a Centre Coordinador

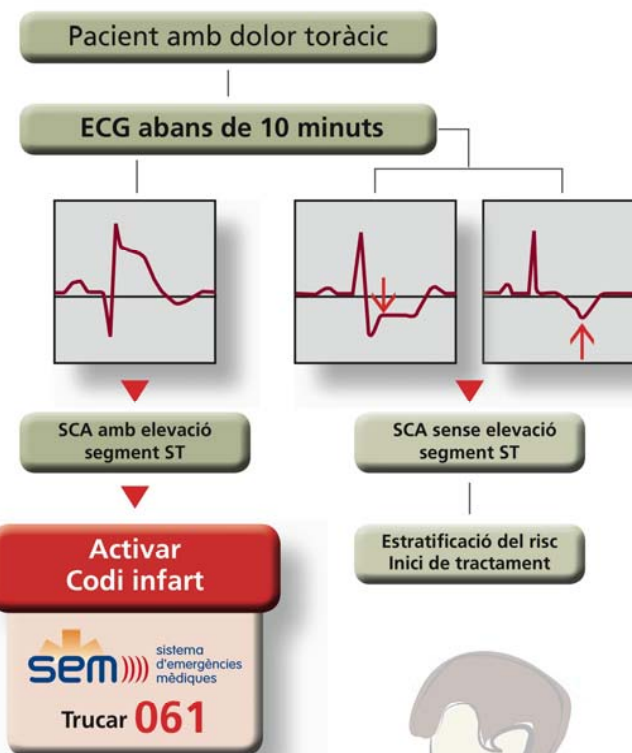
Trasllat a l'UCI / UCO
més propera
si FL

Trasllat a Hospital
amb HDCA per
ICPP

FLUX DE PACIENTS SEGONS LLOC DE 1a ASSISTÈNCIA



Codi infart



INDICACIÓ DE TRACTAMENT DE REPERFUSIÓ

Si es presenten els símptomes i les condicions següents:

- Dolor toràcic de ≥ 30 minuts que no cedeix amb nitrats.
- Dolor de < 12 hores d'evolució (o de > 12 hores amb símptomes persistents o xoc).
- ECG amb elevació del segment ST (dos o més derivacions contigües de $\geq 0,2\text{mV}$ en precordials o de $\geq 0,1\text{mV}$ en derivacions frontals) o aparició de bloqueig de branca esquerra.
- Absència de malalties terminals; comorbiditat greu.

En cas de contraindicació per al tractament fibrinolític, en pacients amb xoc cardiogènic i en aquells que portin entre 12-24 hores d'evolució amb símptomes persistents, el tractament indicat ha de ser sempre l'angioplastia primària.

Amb la col·laboració de:

AstraZeneca

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Moltes gràcies



cboque.hj23.ics@gencat.cat