



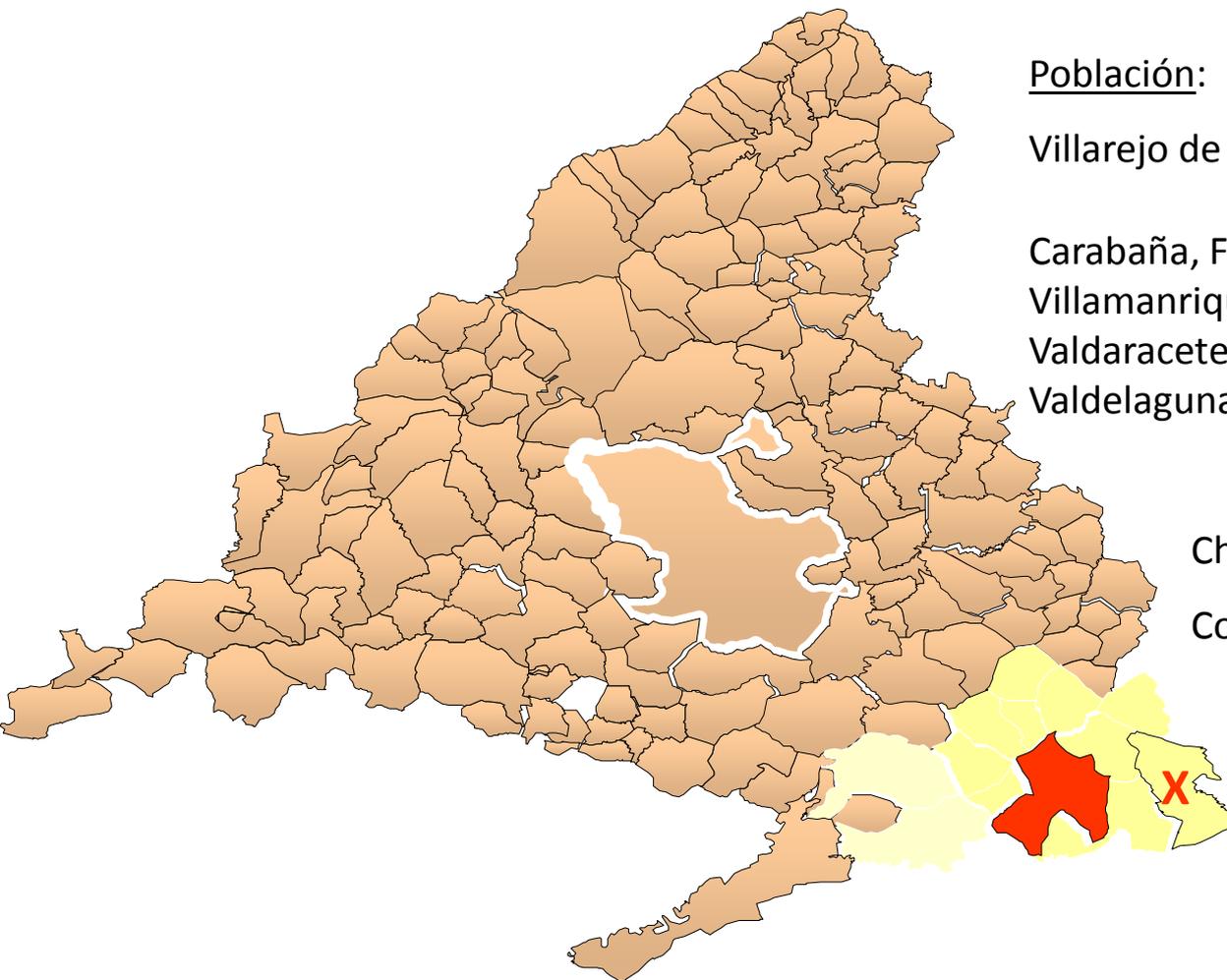
MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL SCACEST

Caso clínico

Vicente Sánchez-Brunete

SUMMA 112

Paciente con dolor y elevación del segmento ST atendido por el Servicio de Urgencias en Villarejo de Salvanes



Población:

Villarejo de Salvanes: 7451 hab.

Carabaña, Fuentidueña, Valdilecha,
Villamanrique, Estremera, Brea del Tajo,
Valdaracete, Tielmes, Belmonte del Tajo,
Valdelaguna, Perales de Tajuña: 18018 hab.

Chinchón

Colmenar de Oreja

23 de Julio

SCU: 09:22h (MADRID112)

Datos del lugar: Estremera. Carretera M-241 KM 5750

establecimiento penitenciario

Código MC operador:



Mujer, 53 años

“ Llama médico de prisión de Estremera, dolor tórax irradia a MMSS, sudoración intensa, no cede con CFN, no alt. ECG significativas “



VIR:

Mujer 52 años

Síntoma principal: dolor torácico-escapular

AP: Fumadora 20 cig./día desde los 20 años

Anamnesis: Dolor centro torácico tipo ardor irradiado a cintura escapular, mayor hacia la

izquierda.

1º ECG realizado en enfermería de la prisión

09:00h: rigurosamente normal. 2º ECG realizado **09:20h**: elevación del ST < 1 mm en cara inferior

Exploración: C y O. Bien hidratada y perfundida. No cortejo vegetativo

Ausc. C: normal, Ausc. P: N, PVY: N

Abd: N

MMII: No edemas, no signos de TVP

Ctes y Pruebas C: Eupneica, Fr C: 72 lat/min, TA: 110/70 mmHg, Afebril

Sat. O₂: 99%

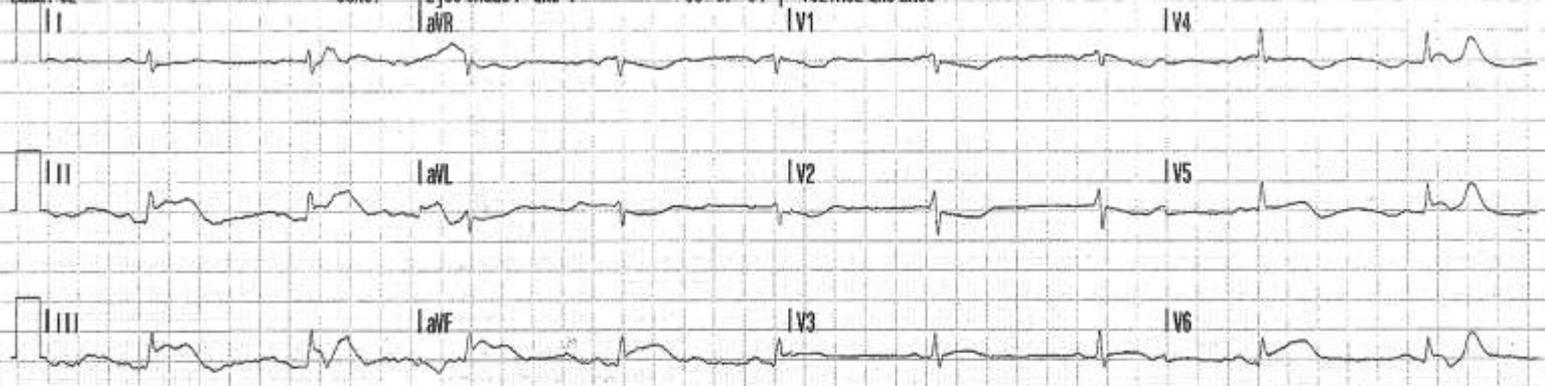
Glucemia capilar: 168mg/dl

ECG:

09:58h

Nombre: [REDACTED]	12 Derivaciones 3	FC 55 bpm	• ** ** INFARTO AL MIOCARDIO	• ELEVACION DEL ST. CONSIDERAR LESION
Identidad: 072309084612	23 Jul 09	09:58:46	AGUDO ** **	INFEROLATERAL O INFARTO AGUDO
Identidad del paciente:	PR 0.128s	QRS 0.076s	• ECG ANORMAL ** Sin confirmar **	
Incidente:	QT/QTc	0.430s/0.411s	• BRADICARDIA SINUSAL	
Edad: 52	Sexo:	Ejes ondas P-QRS-T	53° 87° 84°	• VOLTAJE QRS BAJO
I	aVR	V1	V4	

10



x1.0 0.05-40 Hz 25mm/seg

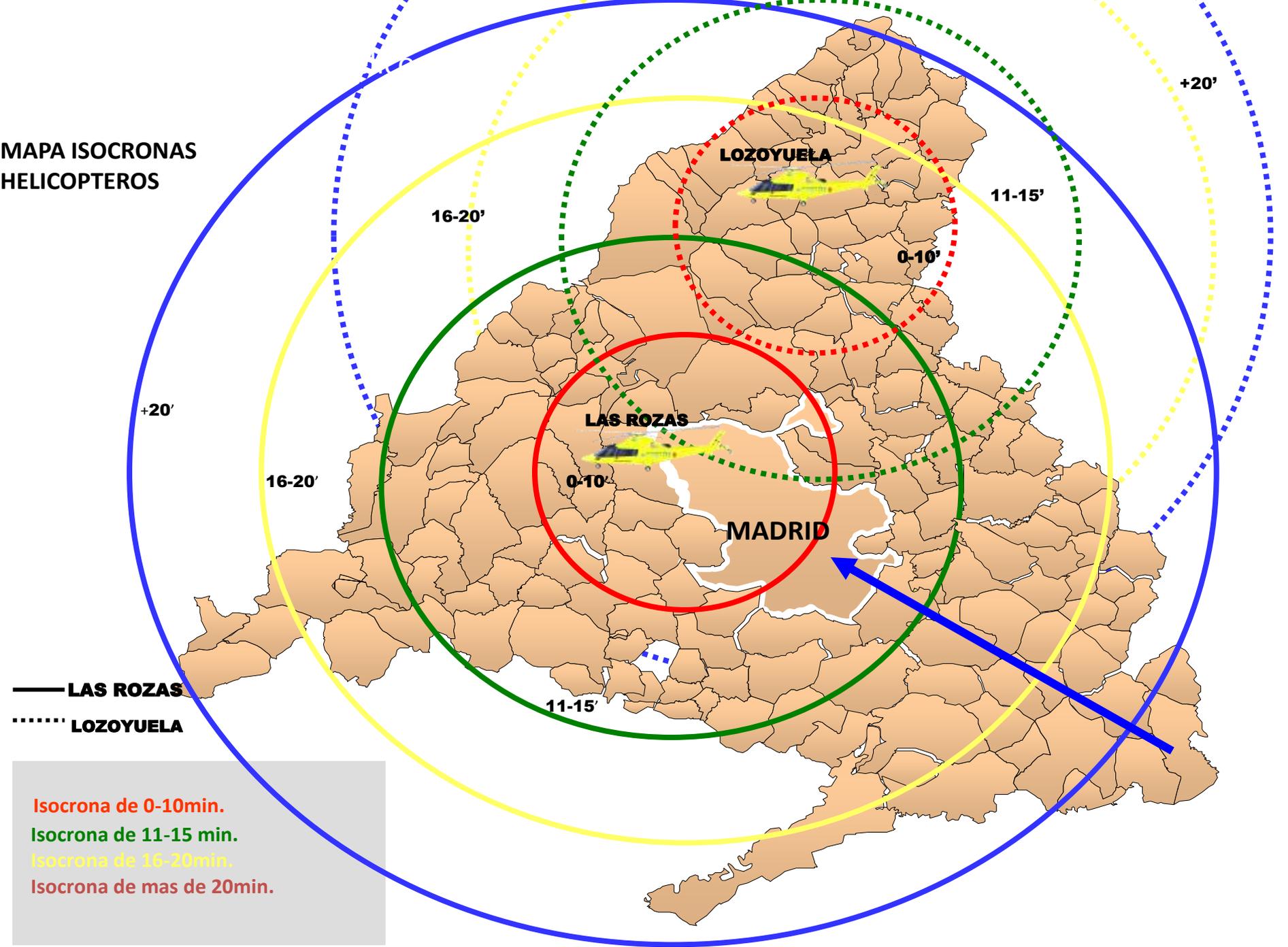
19/06/09 EMERGENCIA 3011371-134 2004KRD463667P LP1232434150

Precordiales derechas: N



Ruta A3-R3: 72,7Km, 52 min.

MAPA ISOCRONAS HELICOPTEROS



LOGISTICA Y PREPARACION DE LA REPERFUSIÓN MECANICA O FARMACOLOGICA

PROTOCOLO DE REPERFUSIÓN SUMMA112

Dolor precordial de perfil isquémico de > de 20´ de evolución, con elevación del ST persistente o BCRI de nueva aparición, que no responde a NTG sl.



MEDIDAS GENERALES Y TTO. MEDICO DEL IAMCEST

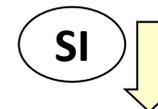


ALERTA HOSPITALARIA A TRAVES DEL SCU POR PRIMER CONTACTO MEDICO (PCM)

(Primer contacto médico: aquel capaz de proveer una terapia de reperfusión)



¿En menos de 90 minutos desde PCM se puede realizar ICP?



MEDIDAS INICIALES DE IAMCEST
TRASLADO EN SVA A CENTRO ÚTIL

VALORAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS

< de 2 h.

> De 2 h. y < de 12 h.

TTO. FIBRINOLÍTICO
CENTRO ÚTIL

ICP
CENTRO ÚTIL

COMUNICACIÓN CON NIVEL HOSPITALARIO: SCU

A TRAVÉS DEL SCU



En primer lugar: Hospital de “referencia” ----- Búsqueda de Centro útil

“ IAM con indicación de ICP, aportación de datos clínicos y tiempos”

Aceptación del paciente

.....

SE SOLICITA AL SCU ALERTA HOSPITALARIA Y POSIBILIDAD DE ICP

SE SOLICITA HELICOPTERO SANITARIO PARA TRASLADO DE LA PACIENTE

SCU: Comunica con el H. Gregorio Marañón: Evaluación conjunta del caso y tiempo de llegada

SE DECIDE FIBRINOLISIS: Administración de TNK

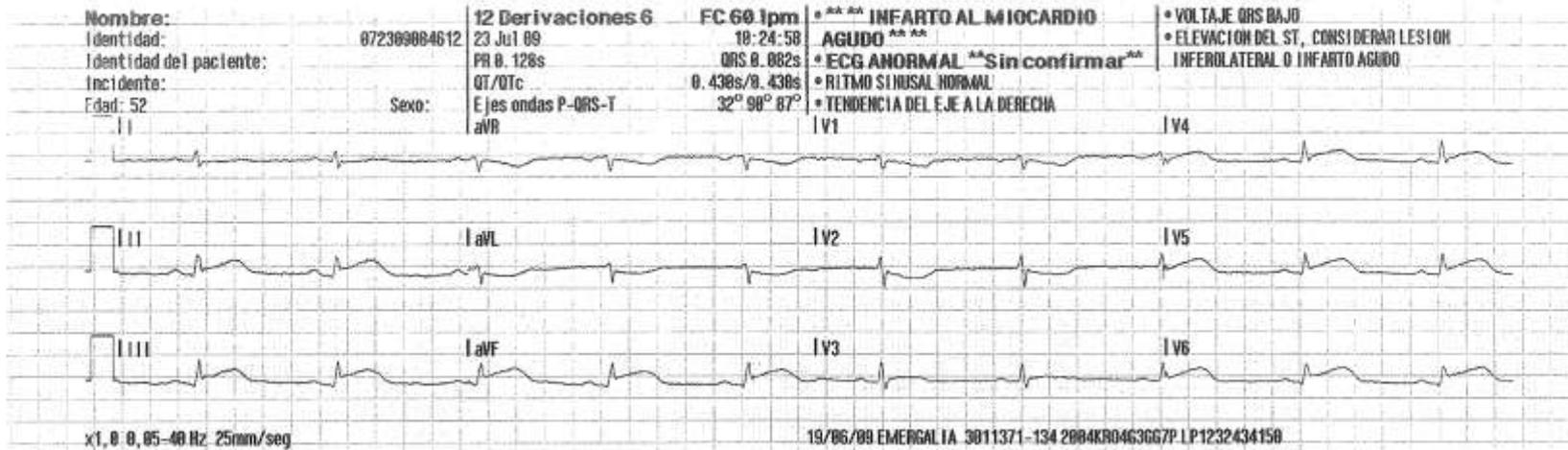
- Se informa a Comandancia de GC y a la unidad de custodia del HGM el traslado de la paciente.

- Se alerta a Seguridad de Torre España para el aterrizaje

- Se moviliza una unidad de SVB para el traslado desde

Torre España al Hospital Y Policía Nacional

Se realiza un segundo ECG: 10:30h



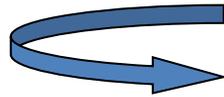
2°

Hora de transferencia en Hospital: 11:41h. Paciente estable, no dolor torácico. ECG sin cambios. Sin incidencias en el traslado

CONCLUSIONES Y PROPUESTA LOGISTICA DE ABORDAJE

RESPECTO AL CASO: Tiempo de PCM a ICP > 90 min.

Tiempo de evolución de los síntomas < 2h.



Decisión de fibrinolisis: ajustada a procedimiento

El traslado de pacientes en helicóptero, para el ahorro de tiempo desde zonas muy periféricas es óptimo cuando:

- Existe una rápida decisión del primer interviniente en su movilización solapándose la estabilización del paciente con el “vuelo de ida”
- Existe una helisuperficie en el propio Hospital que evite una segunda transferencia entre recursos
- Se debe trasladar en helicóptero, para la disponibilidad del primer interviniente en la zona

Siempre debe haber comunicación directa y fluida con el médico que va a ser responsable de la recepción del paciente en el Hospital y confirmar posibilidad de ICP

---- No telefonía (centralitas, móviles,...)

---- Aún con procedimientos establecidos comunes y consensuados: la relación interprofesional se debe potenciar y aunar decisiones en un momento determinado

Los IAMEST siempre deben ser trasladados a centro útil, excepto si el periodo e evolución del mismo es > 24h.

Se ha notado un descenso generalizado de la reperusión farmacológica extrahospitalaria

- Mayor acceso a ICP primaria

- ¡ OJO ! Todos somos responsables del porcentaje de casos de IAMEST que se quedan sin ningún tratamiento

En zonas rurales: gran intervención en los Centros de Salud, se ven menos pacientes en domicilio o está el EAP en él



MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL SCACEST

Caso clínico

Vicente Sánchez-Brunete

SUMMA 112