



# GUÍAS CLÍNICAS

## UNA TAREA QUE PERDURA



### Los integrantes actuales de la Comisión:

Dres. Graciela Giachero, Alberto Dain, José María Lazarte, Francisco Crespo Roca, Marcelo Musso y Marcelo Lamon.

**Dra. Graciela Giachero**

**T**odos los acontecimientos destinados a marcar nuevas etapas tienen un principio, o alguien que da el primer paso, para que un cambio ocurra.

Generalmente los precede alguna crisis que hace necesario, detenerse, mirar, analizar el conflicto creado y tratar de buscar una solución.

La mayor problemática que se atravesaba entre otros por los años 90, era por la falta de Anestesiólogos Especializados. Existían los Técnicos en Anestesiología, que trabajaban ayudando en el acto anestésico a los especialistas, pero faltaban más colegas especializados.

Ante ese panorama y otros problemas similares, de igual índole, el Consejo de Médicos buscó la manera de ayudar a mejorar la calidad del acto médico en la medicina de emergencias y en el primer nivel de atención.

La Comisión de Protocolos, tuvo sus comienzos en el año 1991, y su trabajo en principio, fue intramuros, hasta darle el formato que creíamos más adecuado para las Guías cuyos destinatarios serían los médicos que trabajaban en las Emergencias y Medicina de Primer Nivel, sobre todo para los colegas más jóvenes, con el objetivo que

recibieran apoyo de material académico de calidad, tanto para atender en las guardias como en los diferentes lugares de atención primaria, de capital e interior de nuestra provincia.

La Comisión originaria la integramos pocos colegas en sus albores; quien escribe este recuerdo, acompañada por Profesor Dr. Daín y luego paulatinamente, se comienza a ampliar el grupo contando con el valioso aporte de otros colegas, que compartieron los objetivos trazados.

Teníamos la firme convicción de que esto ayudaría al receptor, al efector, pero en caso de conflictividad procedimental, daría luz a la Justicia. Se convirtió así en un material que los jueces comenzaron a tener en sus despachos ejemplares de estas guías para ayudarse en caso de existir demandas vinculadas con la mala praxis.

El camino fue arduo. Hubo grandes diferencias y grandes acuerdos, como ocurre en los hechos trascendentes. Confiamos en que la mejor manera de zanjar las diferencias era un encuentro donde tuvieran participación todas las opiniones y eso nos llevó a programar un gran evento en el Colegio Manuel Belgrano, año 1994.

## DE INTERÉS MÉDICO

En esas aulas, luego de debatir durante varias jornadas, se llega a acuerdos básicos para elaborar los primeros protocolos de la Comisión, que se denominaron históricamente como Guías Clínicas. Es justo recordar que contamos con la activa participación del Centro de Estudios de Recursos Humanos en Salud (CERSA) en el armado y en su proyección.

Desde entonces y hasta la fecha, nunca se ha dejado de producir y publicar una innumerable cantidad de trabajos vinculados a todas las especialidades.

Sus primeros formatos fueron de tipo impreso, no había llegado todavía la era digital. Estaban financiados por el Fideicomiso Solidario de Ayuda Profesional (FISAP), a cuyos afiliados, se les obsequiaban los ejemplares y los demás estaban a disposición para ser adquiridos por muy bajo costo. Se instaba a su difusión a través de todos los medios internos y externos.

Teníamos como soporte no sólo la calidad científica de lo elaborado, sino el gran trabajo como Editor en Jefe del Sr. Luis Rodeiro, que corregía todas aquellas faltas de redacción y tipeado que no eran pocas.

Desde el Consejo, sin embargo avizoramos que ése era solo una parte del problema. Por eso la importancia que le damos a su llegada a la Justicia, para que le permitiera contar con un material elaborado por especialistas que les permitiera dictar fallos justos y fundamentados.

Un episodio trágico y doloroso como fue el suicidio del Dr. Buteler, hace más de 20 años, a causa de una

denuncia de mala praxis y la concurrencia a esta Institución del Juez que emitiera el fallo, fueron el detonante para que tomaran en cuenta los procedimientos y normas que se plasmaban en la guías clínicas antes de elaborar el veredicto final. Lamentablemente como suele ocurrir, tiene que acontecer algún hecho conmovedor para que se reconozca lo meritorio del accionar de algunas Instituciones.

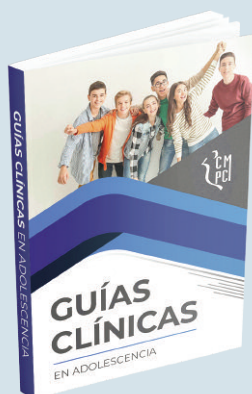
Se han publicado en formato de libros impresos, a través los años, de hasta 3.000 ejemplares desde el año 1994. El advenimiento de la era digital nos impuso, su elaboración en el nuevo formato, sin perder sus cualidades.

Se han publicado, en el nuevo formato de presentación ya más de 100 nuevas guías, al que todo matriculado tiene libre acceso, a través de su ingreso en nuestra Página WEB, en la sección de Autogestión.

Preguntarán si se han cumplido los objetivos, personalmente creo que nosotros hemos trabajado en la Comisión en todos estos años con el mismo afán, compartiendo con diferentes Juntas Directivas y con el advenimiento de nuevos integrantes de la Comisión y renuncia de otros.

Esperamos que los esfuerzos que se realizan para facilitar su lectura, vía autogestión, se divulgue lo suficiente para lograr un creciente aumento de visitas de las publicaciones, haciendo énfasis en su inestimable ayuda a las nuevas generaciones.

## PRÓXIMOS TÍTULOS DE NUESTRAS GUÍAS CLÍNICAS



- ADOLESCENCIA ASMA BRONQUIAL.  
AUTORA: Dra. Susana Débora Lühning  
Médica Cirujana.
- PSORIASIS.  
AUTOR: Dr. Luis Flores González.
- DERMATOSIS PRECANCEROSAS.  
AUTOR: Dr. Javier Consigli Médico dermatólogo.
- SCABIOSIS SARNA.  
AUTOR: Dr. Luis Flores González.
- PEDICULOSIS.  
AUTORA: Dra. Liliana del Valle Lozinsky.



# MANEJO PREHOSPITALARIO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

## Julia N. Ledesma

Especialista en Medicina Prehospitalaria y Rescate

Integrante del Comité Contralor de Medicina Prehospitalaria y rescate

Directora de la Especialidad Medicina Prehospitalaria y Rescate

Médico operativo en SEM 107 hasta 2024

Médico operativo en Administración Nacional de Aviación Civil Aeropuerto Córdoba

Jefe de Servicio Médico Turno Tarde MD1 - CC1 Servicio Penitenciario de Córdoba

## INTRODUCCIÓN:

El síndrome coronario agudo se refiere a un grupo de afecciones que incluyen el infarto de miocardio con elevación del segmento ST, el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST y la angina inestable, resultado de erosión o rotura de placa aterosclerótica con posterior trombosis, constituye una emergencia clínica donde repentinamente el flujo sanguíneo al músculo cardiaco se detiene o se reduce de manera considerable, se manifiesta principalmente por dolor de pecho, su reconocimiento oportuno es fundamental para el tratamiento.

La fase prehospitalaria es la más crítica del tratamiento de estos pacientes debido a que el tiempo transcurrido hasta aplicar el tratamiento es inversamente proporcional a la cantidad de miocardio salvado y el número de vidas salvadas. La implementación de los sistemas de asistencia desempeña un papel clave se basan en redes donde se integran centros médicos y cardiológicos conectados mediante un servicio de emergencias médicas efectivo.

## FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:

- edad
- historia familiar de ECV
- etnia
- Dislipemia
- Tabaquismo
- hipertensión arterial
- sedentarismo
- obesidad
- diabetes mellitus
- dietas no saludables
- uso de drogas
- estrés psicosocial

## PRESENTACIÓN:

Los síntomas del síndrome coronario agudo generalmente comienzan de manera súbita:

- Dolor opresivo centro esternal, no se modifica con la respiración, movimientos del tórax o los brazos, ni con alguna posición antálgica. Tampoco se reproduce con la palpación. Dura más de 20 minutos, no cede con el reposo ni con la medicación habitual.

- Ardor precordial, dolor punzante.(alejan, aunque no descartan, la posibilidad de un dolor de origen coronario).

## EN MEDICINA PREHOSPITALARIA Y RESCATE

- Dolor que comienza en el pecho y se irradia (o presentarse exclusivamente) a hombros, los brazos (región cubital), la parte superior del abdomen, región interescapular, el cuello o a maxilar inferior.

- Náuseas o vómitos.
- Dolor o ardor en epigastrio.
- Disnea.
- Diaforesis.
- Taquicardia.
- Sensación de aturdimiento o mareos.
- Síncope.
- Cansancio inusual.

Sospechar en pacientes diabéticos y en aquellos con insuficiencia renal crónica, quienes pueden presentar síntomas confusos.

Recomendaciones para la evaluación inicial, tratamiento prehospitalario y derivación orientados a redes de atención: Las ambulancias que asisten a un llamado por dolor precordial deben estar equipadas con un electrocardiograma de 12 derivaciones, con personal entrenado para su interpretación ya sea en el lugar o a través de telemedicina y reconocer supra desnivel del ST, infradesnivel del ST, T negativas de origen isquémico o nuevo bloqueo completo de rama izquierda compatibles con infarto agudo de miocardio. Deben realizarse derivaciones derechas y posteriores para la detección de infarto posterior y compromi-

so del ventrículo derecho y debe estar capacitado para administrar el tratamiento inicial, incluido trombólisis cuando sea necesaria.

Se recomienda que el ECG debe realizarse dentro de los 10 minutos de que el paciente ha tomado contacto con el personal de salud.

Disminuir el consumo y aumentar el aporte del oxígeno miocárdico, por medio de la vasodilatación coronaria, disminución de la frecuencia cardíaca y del estrés parietal, alivio del dolor y otros síntomas.

La principal diferencia en el tratamiento de SCACEST (Síndrome coronario con elevación del segmento ST) y SCASEST (Síndrome coronario sin elevación del segmento ST) en Argentina es la urgencia de la reperfusión.

El SCACEST requiere una intervención de reperfusión inmediata (angioplastia o trombólisis) debido a una obstrucción total del vaso coronario, mientras que el tratamiento inicial del SCASEST se enfoca en estabilizar al paciente, controlar el dolor y reducir el riesgo, y la reperfusión se planifica según el riesgo del paciente.

### TRATAMIENTO:

Oxígeno se indica en pacientes con hipoxemia, saturación de O<sub>2</sub> menor de 90% o con disnea y signos de insuficiencia cardíaca.

Administrar nitroglicerina (sublingual o IV): El dinitrato de isosorbide sublingual con hasta 3 comprimidos sublinguales cada 5 minutos, puede ser de utilidad en evaluación domiciliaria en pacientes con angina, mientras se activa el sistema de emergencias y se inicia el tratamiento intravenoso con NTG.

Estatinas. Se recomienda la indicación lo antes posible, atorvastatina 80 mgs Analgesia. En casos de angina refractaria, mientras se activa la revascularización urgente, debe considerarse la sedación del paciente y el alivio del dolor con morfina (2-4 mg), teniendo en cuenta el riesgo de náuseas y vómitos. El uso de AINEs no se recomienda, por aumento en el riesgo de hemorragia y mayor incidencia de infarto y mortalidad.

### EN MEDICINA PREHOSPITALARIA Y RESCATE

Manejo de la glucemia. La meta debe ser de 140 a 180 mg/dL evitando la hipoglucemia.

Doble antiagregación plaquetaria: Administrar 300 mg ácido acetilsalicílico y 300 mg de clopidogrel para prevenir la formación de nuevos coágulos.

Betabloqueantes: Su uso prehospitalario es controvertido. Se pueden considerar en casos de taquicardia e hipertensión severa, siempre que no haya signos de insuficiencia cardíaca.

Revascularización: Fibrinólisis: Si el traslado a un centro de ICP (intervención coronaria percutánea) es demasiado prolongado, se puede administrar un trombolítico en el ámbito prehospitalario.

Angioplastia coronaria percutánea

Traslado al centro adecuado:

La importancia de la consulta temprana a través del código infarto, entrenamiento de los sistemas de traslado para la trombólisis prehospitalaria cuando la demora por distancias es importante, estructuración de la derivación orientada tempranamente a las instituciones con capacidad de respuesta adecuada las 24 horas.

### Como medidas prácticas:

1) Es recomendable disponer de un sistema médico de urgencias con un número telefónico con personal técnico entrenado para orientar las consultas telefónicas con algoritmos preestablecidos y validados

2) El Servicio de Urgencias debe contar con personal entrenado en el manejo de los pacientes con SCACEST y un protocolo escrito y compartido, reconocer los síntomas de un IAM, aliviar el dolor y proporcionar soporte vital básico.

Todas las ambulancias deben estar equipadas con electrocardiógrafo, desfibriladores, y, por lo menos, una de las personas de la ambulancia debe estar entrenada en técnicas avanzadas de soporte vital.

3) Consideraciones sobre el sistema de ambulancias: los servicios de ambulancias reducen el retraso y son la forma preferida de atención sanitaria inicial pero, en la Argentina, su atomización y mala distribución llevan a que un porcentaje importante de los pacientes se presenten directamente en el Servicio de Urgencias.

Tanto para la fase prehospitalaria como en las áreas de emergencia sin disponibilidad de hemodinamia de 24 horas se debería disponer de agentes trombolíticos como el caso tenecteplase (TNK) por la ventaja de no requerir

una infusión y la ausencia de hipotensión y reacciones alérgicas como pueden verse con estreptoquinasa (SK).

### RED DE INFARTO EN CORDOBA:

El Hospital Córdoba coordina la Red de Infarto Agudo de la Provincia, la cual incluye a todos los Hospitales Públicos y Centros de Salud Públicos de Córdoba. La Red brinda asistencia telefónica las 24 horas, desde donde se realizan las consultas rápidas y oportunas para la atención y derivación adecuadas del infarto agudo de miocardio.

Funcionamiento de la red:

**Comunicación inmediata:** Los profesionales de guardia de cualquier hospital provincial se comunican con el equipo central de la red para coordinar la atención.

Centro de referencia: El Hospital Córdoba actúa como centro de alta complejidad, donde se brindan los servicios especializados como cateterismo, angioplastia o trombolíticos, según la necesidad.

**Protocolo de atención:** La red coordina derivaciones y garantiza que el paciente reciba la atención más adecuada en el menor tiempo posible.

Tecnología: La red utiliza herramientas de comunicación como WhatsApp (3517696913) para agilizar el proceso.

### EN MEDICINA PREHOSPITALARIA Y RESCATE

Recepción del llamado

Contacto con el paciente

(10min) Verificar signos vitales

Evaluar saturación de oxígeno

Realizar breve historia clínica y examen físico específico

ECG 12 derivaciones

AAS + CLOPIDOGREL

ESTATINAS

OXÍGENO SI HAY HIPOXIA

NTG CON LLAVE DE TRES VÍAS

CONSIDERE MORFINA

MONITORIZACIÓN CONTINUA

TRATAMIENTO DE ARRITMIAS COMPLEJAS

(Estar preparado para RCP y desfibrilación)

#### Registrar:

HORA DE INICIO DE SÍNTOMAS

HISTORIAL MÉDICO

TENSIÓN ARTERIAL

GLUCEMIA CAPILAR:

OXIMETRÍA DE PULSO

### TRASLADO A CENTRO HOSPITALARIO

#### DE REFERENCIA PARA REPERFUSIÓN (ANGIOPLASTIA O TROMBOLISIS)

Comunicación fluida con centro de hemodinamia

ENVIAR FOTO DE ECG

TIEMPO ESTIMADO DE ARRIBO

10 min

Síntomas sugestivos de SCA?

Active protocolo SCA

Pre notificación a centro receptor

Indicaciones de pre arribo

### RECOMENDACIONES

EVALUACIONES Y ACCIONES ESENCIALES DEL

ante un S.C.A

EN MEDICINA PREHOSPITALARIA Y RESCATE

### BIBLIOGRAFÍA

Revista Española de Cardiología. Vol. 78 Núm. 2 Páginas 78-162 (febrero 2025) Zègre-Hemsey JK, Asafu-Adjei J, Fernandez A, Brice J. Characteristics of Prehospital Electrocardiogram Use in North Carolina Using a Novel Linkage of Emergency Medical Services and Emergency Department Data. Prehosp Emerg Care. 2019 Nov-Dec;23772-779. Consenso de Síndromes Coronarios Agudos sin elevación del Segmento ST. 2020. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. VOL 88 Suplemento 6

Consenso de Síndromes Coronarios Agudos con elevación del Segmento ST. 2020. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. VOL 88 Suplemento