



Región de Murcia
Consejería de Salud



CÓDIGO INFARTO

ESTRATEGIA SALUD CARDIOVASCULAR REGIÓN DE MURCIA

Actualizado a julio 2023

Validez del documento, salvo actualización previa, julio 2025

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-030-dbec-cdaf-0050569b6280



MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y AUTORES

Nota: los autores han participado en todas las fases del proyecto y son responsables de la redacción final del mismo. Los consultores externos han participado en algunas de las fases del proyecto y no son responsables de la redacción final del mismo.

AUTORES (por orden alfabético):

- **José Eduardo Calle Urra.** Jefe de Servicio de la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación.
- **Lázaro Campuzano Adán.** Director Médico. Gerencia Urgencias y emergencias 061
- **Luis de Gonzaga Contreras Ortiz.** Subdirector General de Proyectos e Innovación
- **M^a Jesús Ferrández Cámara.** Subdirectora General de Atención Hospitalaria.
- **Francisco García Córdoba.** Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII.
- **Juan Antonio Gómez Company.** Coordinador asistencial Sistemas de información. Subdirección de Proyectos e Innovación
- **Trinidad López Rodríguez.** Coordinadora Médica de equipos. Gerencia Urgencias y emergencias 061
- **Alejandro Lova Navarro.** FEA Cardiología Hospital Virgen del Castillo. Área V.
- **Irene Marín Marín.** Subdirectora Médico. Área VII.
- **Juan Antonio Marqués Espí.** Subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación.
- **Eduardo Pinar Bermúdez.** Jefe de Sección de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca . Área I.
- **José Luis Ramos Martín.** FEA Cardiología Intervencionista. Hospital Universitario Santa Lucía. Área II.

CONSULTORES EXTERNOS (por orden alfabético):

ÁREA I

- **José Antonio Hurtado Martínez.** FEA de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- **Domingo Andrés Pascual Figal.** Jefe Servicio Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- **Carlos María Pérez Crespo Gómez.** FEA Urgencia Hospitalaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- **Rubén Jara Rubio.** Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
- **Silvia Sánchez Cámara.** FEA de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

ÁREA II

- **José Manuel Allegue Gallego.** Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Santa Lucía.



- **José Domingo Cascón Pérez**. Jefe de sección. Hospital General Universitario Santa Lucía.
- **Juan Antonio Castillo Moreno**. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Santa Lucía.
- **Juan Martínez Hernández**. Jefe de sección Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Santa Lucía.
- **Carmen Santiago García**. Directora Médico. Hospital General Universitario Santa Lucía.

ÁREA III

- **Manuel Agustín Belda Palazón**. Jefe de Servicio de Urgencia Hospitalaria. Hospital Rafael Méndez.
- **Alfredo Vidal García**. FEA de Cardiología. Hospital Rafael Méndez.
- **Silvestre Nicolás Franco**. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Rafael Méndez.

ÁREA IV

- **Ernesto Pérez Fernández**. Jefe de servicio de Urgencia Hospitalaria. Hospital Comarcal del Noroeste.
- **Antonio Caparrós Alvarez**. Director Médico. Hospital Comarcal del Noroeste.

ÁREA V

- **Juan Pedro Peñalver Sánchez**. Jefe de Sección de Urgencia Hospitalaria. Hospital Virgen del Castillo.
- **M^a Pilar Marcos Martinez**. Directora Médico. Hospital Virgen del Castillo.

ÁREA VI

- **Andrés Carrillo Alcaraz**. Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.
- **Pedro Jara Pérez**. Jefe de Sección de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.
- **Susana Maravillas Raigal Jurado**. FEA de Urgencia Hospitalaria. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.
- **Matías Pérez Paredes**. Jefe de Sección de Cardiología. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.

ÁREA VII

- **Francisco Cambronero Sánchez**. FEA Cardiología. Hospital General Universitario Reina Sofía.
- **Pascual Piñera Salmerón**. Jefe de Servicio de Urgencia Hospitalaria. Hospital General Universitario Reina Sofía.
- **Tomás Vicente Vera**. Jefe de Sección de Cardiología. Hospital General Universitario Reina Sofía.



ÁREA VIII

- **Fermín Martínez García.** Jefe de sección de Cardiología. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor.
- **Lázaro De Castro Peral.** Director Médico. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor.

ÁREA IX

- **M^a José Sánchez Galián.** FEA de Cardiología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.
- **Cristina González Cánovas.** FEA de Cardiología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.
- **M. Carmen Escudero. Sánchez.** FEA de Urgencia Hospitalaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS DEL 061

- **Mariano Bru Cartagena.** Médico UME 6 – Yecla.
- **Ignacio Miguel Gómez Larrosa.** Médico UME 8 – Águilas.
- **Remedios Gómez Sánchez.** Directora de Enfermería.
- **Cruz López Pérez.** Médico UME 15 San Javier
- **Juan José Rodríguez Mondéjar.** Enfermero UME 2 Alcantarilla.

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-03c0-dbec-cdaf-00505696d280



INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD.....	8
3. ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN.....	9
4. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	11
4.1. CÓDIGO INFARTO	11
4.2. TAREAS A REALIZAR SEGÚN EL DISPOSITIVO DONDE SE PRODUCE EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE.....	13
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO.....	19
6. INDICADORES PARA LA MONITORIZACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO	20
7. BIBLIOGRAFÍA:.....	23
8. ANEXOS.	24
ANEXO 1. INTERVALOS DE TIEMPO DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HASTA LA REPERFUSIÓN	24
ANEXO 2. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON SCACEST.....	25
ANEXO 3. ESTRUCTURA.....	34
ANEXO 4. ESTRATEGIAS DE REPERFUSION: RECOMENDACIONES SEGÚN EL ÁREA DE SALUD.	43

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-0300-dbec-cdaf-00505696280



1. INTRODUCCIÓN.

El síndrome coronario agudo tiene gran relevancia sanitaria por su incidencia y gravedad, constituyendo una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y coste sanitario en nuestro medio.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad isquémica cardiaca ocupaba en 2019 el primer puesto en cuanto a mortalidad y el segundo en cuanto a años de vida perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. En la Región Europea también constituía la primera causa de muerte¹.

En España, si exceptuamos las defunciones por COVID-19, la cardiopatía isquémica sigue siendo en 2021 la primera causa individual de muerte, a pesar del descenso producido en los últimos años². En la Región de Murcia también ocupaba en 2021 el primer puesto en los hombres y ambos sexos, tras la mortalidad por COVID-19³.

Los modernos tratamientos antitrombóticos, el uso de fármacos como betabloqueantes, IECA/ARA- II, etc., y especialmente un mayor y más precoz empleo de estrategias de reperfusión (fundamentalmente la angioplastia primaria) han contribuido a reducir la mortalidad a corto y medio plazo y a la mejoría del pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio⁴⁻⁷.

Sin embargo, todavía causa un número importante de fallecimientos, especialmente en pacientes de mayor riesgo, y diversos estudios han demostrado la existencia de una amplia variabilidad en cuanto al abordaje de este proceso, con importantes diferencias por ejemplo en las tasas de reperfusión entre hombres y mujeres⁸.

La pandemia COVID-19 supuso un incremento de la letalidad de estos pacientes y provocó problemas en la atención programada de los mismos, que ha intentado paliarse con soluciones tecnológicas como la telemedicina⁹.

El diagnóstico y tratamiento precoz de estos pacientes es un reto para los sistemas sanitarios. La Región de Murcia fue pionera en la puesta en marcha de medidas para la mejora de la accesibilidad al intervencionismo coronario mediante la introducción de un programa de angioplastia primaria en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en abril del año 2009. Con posterioridad, en el “Programa integral de atención a la cardiopatía isquémica 2010-2013” de la Consejería de Sanidad¹⁰ se impulsó el establecimiento de una red asistencial regional para el manejo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Estas redes asistenciales se recomiendan en diferentes guías de actuación con el objetivo de extender el tratamiento de reperfusión al máximo porcentaje posible de la población, e intentar que dicha reperfusión se realice fundamentalmente mediante angioplastia.^{11,12}



El documento “Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST”, publicado en 2015, recoge las recomendaciones de actuación para el abordaje de esta patología en el marco del Servicio Murciano de Salud¹³. Los datos obtenidos a partir de los pacientes dados de alta en el primer semestre de 2012 y segundo de 2013, en los hospitales del Servicio Murciano de Salud, indicaban la existencia de altos niveles de reperusión (77,6%), que era realizada además de forma mayoritaria mediante angioplastia primaria (74,8%). Un trabajo posterior, con datos de pacientes dados de alta en el mes de diciembre de 2018 y primer trimestre de 2019, obtenía un incremento importante de estos porcentajes que alcanzaban el 87,6% para pacientes reperfundidos y el 85,9% para reperusión mediante angioplastia primaria. De todos modos, es necesario seguir trabajando para que estos porcentajes no decaigan, así como para mejorar los tiempos de reperusión, con el objetivo último de reducir la mortalidad y complicaciones.

En el año 2015 se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar que teniendo en cuenta la nueva evidencia científica disponible y los recursos existentes, realizó una actualización de las recomendaciones previas recogidas en el “Programa Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica 2010-2013”, publicándose en 2017 el documento Código Infarto para la Región de Murcia¹⁴.

Tras la publicación de las últimas “Guías para el manejo de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST” de la Sociedad Europea de Cardiología, se actualizaron algunas de las recomendaciones de actuación para estos pacientes, por lo que el grupo regional realizó una revisión de las mismas y una actualización del documento Código Infarto regional¹⁵.

En 2021, entre otros cambios, se incluyó la ampliación del horario de funcionamiento de la Unidad de Hemodinámica del hospital Santa Lucía de Cartagena con cobertura de guardias para los pacientes de su área de referencia.

Transcurrido un tiempo y coincidiendo con la publicación de la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud en el año 2022⁸, se hace necesaria una nueva actualización del documento Código Infarto.



2. OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD.

General:

Mejorar la red asistencial al SCACEST (Código Infarto) en la Región de Murcia para disminuir la morbimortalidad en estos pacientes.

Específicos:

- Incrementar la tasa de reperusión en pacientes con SCACEST que tengan indicación para este procedimiento.
- Lograr que los pacientes con SCACEST sean reperfundidos con la técnica más rápida y adecuada en cada caso.
- Reducir los tiempos de demora desde el primer contacto médico hasta la reperusión.
- Definir y poner en marcha un plan para monitorizar la adecuación de la indicación y los tiempos de demora.
- Identificar las oportunidades de mejora e implementar las medidas correctoras para la mejora continua del proceso.
- Actualizar los documentos “Código Infarto” previos.

Metas temporales a alcanzar en relación con la reperusión de pacientes con SCACEST:

Todos los hospitales y dispositivos de urgencias que participen en la atención de pacientes con SCACEST deben registrar y monitorizar los hitos temporales en los que se realiza la asistencia ([Anexo 1](#)), y trabajar para alcanzar y mantener los siguientes objetivos de calidad:

- Desde el primer contacto médico al primer ECG, igual o menos de 10 minutos.
- Desde el diagnóstico de SCACEST al tratamiento de reperusión (administración de fibrinolítico o angioplastia primaria):
 - o Para fibrinólisis, en 10 minutos o menos desde el diagnóstico.
 - o Para angioplastia primaria, en menos de 120 minutos desde el diagnóstico hasta su realización (“paso de la guía”), para escoger entre angioplastia primaria o fibrinólisis. Si este plazo no se puede cumplir, deberá considerarse la administración de fibrinólisis.

Este intervalo temporal debe reducirse cuanto sea posible e idealmente se establece en:

- 60 minutos o menos, entre el diagnóstico y el paso de la guía en pacientes que se encuentren en un centro con posibilidad de realizar la ICP.
- 90 minutos o menos, entre el diagnóstico y el paso de guía en pacientes trasladados desde otro centro al hospital con unidad de Hemodinámica.



3. ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN

Para el sistema sanitario el fin debe ser reducir el tiempo total de isquemia que es el principal determinante de los resultados. Para cada paciente individual hay que hacer todos los esfuerzos para administrar la terapia de reperfusión tan rápidamente como sea posible.

La terapia de reperfusión está indicada:

- En todos los pacientes con síntomas de menos de 12 horas de duración y elevación persistente del segmento ST.
- También si persisten síntomas de isquemia que se iniciaron en las 12-24 horas previas, con elevación del segmento ST, incluso cuando el dolor y los cambios del ECG hayan sido intermitentes.

La terapia de reperfusión no está indicada:

- Pacientes con más de 48 horas de evolución de los síntomas o pacientes con inicio de los síntomas entre 12 y 24 horas con desaparición del dolor (infarto evolucionado) y sin deterioro clínico (hemodinámico y/o arrítmico).
- Comorbilidad severa (situación terminal o deterioro neurológico irreversible).
- Es importante resaltar que la edad avanzada, por sí sola, no constituye un criterio para no realizar el tratamiento de reperfusión.

La angioplastia primaria es el método recomendado cuando puede ser realizada en el tiempo adecuado por profesionales experimentados. En caso contrario, y en ausencia de contraindicaciones para la fibrinólisis (ver [Anexo 2](#)), se optará por la estrategia fármaco invasiva (fibrinólisis más coronariografía).

En caso de que esté indicada la reperfusión, la elección de una u otra técnica dependerá de:

- El estado clínico del paciente.
- El tiempo estimado para trasladar al enfermo a un hospital con unidad de hemodinámica activa para la realización de angioplastia primaria.
- La disponibilidad de Sala de Hemodinámica y equipo intervencionista.
- La existencia de contraindicaciones para realizar alguna de las técnicas ([ver Anexo 2](#)).

La decisión sobre el tipo de estrategia de reperfusión la debe tomar:

- En pacientes asistidos en un entorno extrahospitalario: El médico que atiende al paciente (UME, SUAP, PAC, PEA) en coordinación con el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias del 061 (CCU) y el cardiólogo/hemodinamista del hospital de referencia.



- En pacientes asistidos en un entorno hospitalario:
 - En hospitales con capacidad de realizar angioplastia: El médico responsable del paciente que hace el diagnóstico de SCACEST en coordinación con el cardiólogo/hemodinamista.
 - En hospitales sin capacidad de realizar angioplastia: El médico responsable del paciente en coordinación con el médico del CCU y el cardiólogo/hemodinamista del hospital de referencia.

La **angioplastia primaria** está indicada en las siguientes situaciones:

- SCACEST de menos de 12 horas de evolución cuando el tiempo previsto desde el diagnóstico hasta la angioplastia (“paso de guía”) sea menor de 120 minutos, o cuando existe contraindicación para la fibrinólisis.
- SCACEST de más de 12 horas de evolución con indicación de reperfusión y tiempo de evolución de los síntomas no superior a 48 horas.
- Shock cardiogénico.

La **estrategia fármacoinvasiva** está indicada en las siguientes situaciones:

- Pacientes sin contraindicaciones para la fibrinólisis, con SCACEST de menos de 3 horas de evolución, cuando el tiempo previsto de traslado desde el diagnóstico hasta la sala de Hemodinámica sea mayor de 60 minutos (y no pueda realizarse ICP en menos de 90-120 minutos).

Cuando un paciente sea tratado con fibrinólisis se realizará el traslado a un hospital con capacidad de realizar angioplastia.

Después de una fibrinólisis efectiva está indicada una **coronariografía** con posibilidad de revascularización del vaso responsable, tan pronto como sea logísticamente factible, en torno a las primeras 24 horas pero nunca antes de las 2 primeras horas tras la fibrinólisis.

Si la fibrinólisis no es efectiva, deberá realizarse una **angioplastia de rescate**.

Se considera que este tratamiento no ha logrado la apertura del vaso cuando la resolución del ascenso del segmento ST a los 60 minutos de la administración del fármaco es menor del 50%, persiste el dolor, empeora la isquemia o existe inestabilidad hemodinámica o eléctrica. También está indicada si hay evidencia de reoclusión tras una fibrinólisis efectiva inicialmente.



4. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

4.1. CÓDIGO INFARTO

Las principales guías de práctica clínica recomiendan la creación de un sistema regional de atención al SCACEST que incluya la evaluación y mejora continua de la calidad de las actividades de todos los dispositivos implicados. El objetivo de estas redes es proporcionar una atención médica óptima, con el diagnóstico rápido y la reperusión precoz, para mejorar el pronóstico de los enfermos.

¿Qué es el Código Infarto?

El Código Infarto es la activación de los recursos de la red regional del Servicio Murciano de Salud ante un caso de sospecha clínica de síndrome coronario agudo* y electrocardiograma con elevación del segmento ST**, con el fin de coordinar las actuaciones que permitan aplicar la mejor estrategia de reperusión para ese paciente.

* Se sospechará un infarto agudo de miocardio ante un malestar de 20 minutos o más de duración (dolor, opresión, desgarro, etc.) en la cara anterior del tórax, que puede irradiarse a ambos brazos –preferentemente al izquierdo- a la espalda, al epigastrio, al cuello o a la mandíbula, y puede estar acompañado de síntomas vegetativos –palidez, frialdad, diaforesis, náuseas, vómitos, sensación de muerte inminente- o de otros síntomas o signos, como disnea, palpitaciones, mareo o pérdida de conciencia.

Hasta un 30% de pacientes con SCACEST se presenta con síntomas atípicos (náuseas, vómitos, disnea, astenia, palpitaciones, síncope, dolor epigástrico, etc.). Esta presentación es más frecuente en mujeres, ancianos y pacientes diabéticos.

** Es preciso recordar otras alteraciones electrocardiográficas que pueden hacernos sospechar que se está desarrollando un proceso agudo y también pueden ser criterio de activación. Entre otras: el bloqueo de rama izquierda o bloqueo de rama derecha de nueva aparición o desconocido previamente, la presencia de ritmo de marcapasos, el descenso aislado del ST en V1-V3 con ascenso en V7-V9 (infarto agudo de miocardio posterior aislado). Un descenso generalizado del ST con ascenso en aVR y/o V1 sugiere enfermedad del tronco coronario izquierdo o afectación de tres vasos.

En el caso de pacientes con angina persistente, sin presencia de claros cambios electrocardiográficos dinámicos, se deberá mantener vigilancia, completar el estudio (realización de ecocardiograma...etc) e individualizar el tratamiento.

¿Cómo se activa el Código Infarto?

La activación del Código Infarto se produce cuando un médico, en cualquier ámbito asistencial, diagnostica un SCACEST y procede a contactar con el Centro Coordinador de Urgencias comunicándole tal circunstancia.

¿Cuál es la función a realizar por el 112?

El objetivo principal del 112 consiste en agilizar todo lo posible el paso de cualquier llamada confirmada o con sospecha de “Código Infarto” al Centro Coordinador del 061.

A nivel general se pueden presentar los siguientes escenarios:



- El alertante es un médico que llama al 112 desde un dispositivo del Servicio Murciano de Salud: Una vez confirmado el diagnóstico, el médico informará de la existencia y localización geográfica de un posible código infarto, realizándose la transferencia inmediata de la misma al Centro Coordinador del 061 para proceder a la activación del Código Infarto.
- Resto de llamadas: En estos casos, y ante todas las llamadas cuyos síntomas sugieran la presencia de un infarto agudo de miocardio en curso según protocolo, el 112, una vez validado el teléfono y preguntado por el lugar desde el que se produce la llamada, transferirá la misma inmediatamente al Centro Coordinador del 061.

¿Cuáles son las funciones a realizar por el Centro Coordinador del 061?

- En coordinación con el médico que hace el diagnóstico, la movilización de los recursos para la atención urgente y el traslado seguro del paciente.
- Confirmar el tiempo de llegada a la asistencia del recurso solicitado.
- Poner en contacto al médico que está realizando la asistencia con el cardiólogo/hemodinamista para que determinen, según el tiempo de traslado y la situación del paciente, si se va a realizar angioplastia o si es preferible administrar el tratamiento fibrinolítico.
- Verificar la movilización del cardiólogo/hemodinamista y la comunicación con el médico responsable que atiende al paciente.
- En el caso de que el paciente sea tratado con fibrinólisis, el Centro Coordinador del 061 dispondrá el traslado del paciente al hospital con capacidad para realizar angioplastia y avisará al cardiólogo del traslado de este paciente. El cardiólogo informará al 061 donde tiene que ubicar al paciente y activará la logística interna para la realización de angioplastia de rescate o angioplastia diferida postfibrinólisis.
- Si se requiere un traslado de retorno a su hospital de referencia, coordinarlo con el hemodinamista y la UCI del hospital de destino.
- La apertura del Registro Código Infarto para ese paciente.

¿Cuándo se da por concluida la activación del Código Infarto?

La activación del Código Infarto finaliza en los siguientes supuestos:

- Cuando el paciente ingresa en la UCI o Unidad Coronaria tras recibir el tratamiento de reperfusión, incluida la angioplastia de rescate en caso de ser necesaria.
- Cuando existe una razón clínica documentada para la no indicación de la reperfusión.
- En los casos en los que se produzca el fallecimiento del paciente.



4.2. TAREAS A REALIZAR SEGÚN EL DISPOSITIVO DONDE SE PRODUCE EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE.

Pacientes atendidos inicialmente en dispositivos de atención primaria (Centro de Salud/PEA/PAC, etc.).

Los profesionales sanitarios de estos dispositivos ante un paciente con sospecha clínica de SCACEST realizarán las siguientes tareas:

- Evaluar clínicamente al paciente y confirmar el diagnóstico mediante la realización de un ECG de 12 derivaciones en 10 minutos o menos desde el contacto con el paciente.
- Administrar los primeros cuidados que precise según protocolo.
- Averiguar la hora de inicio de los síntomas.

Una vez confirmado el diagnóstico de SCACEST mediante electrocardiograma procederán a:

- Llamar al Centro Coordinador del 061 para solicitar la activación del Código Infarto y la comunicación con el cardiólogo de guardia del hospital de referencia.
- Preparar al paciente para el transporte al centro con hemodinámica.
- Registrar las variables previstas en el sistema de información.
- Realizar el traslado seguro del paciente y garantizar la transferencia adecuada del mismo al personal del hospital con unidad de hemodinámica en los dispositivos con capacidad de traslado.

En el caso de que no se haya podido confirmar el diagnóstico en el dispositivo de atención primaria se avisará al 061 y se actuará como se indica en el siguiente apartado.

Pacientes atendidos inicialmente por dispositivos del 061

Los profesionales sanitarios de estos dispositivos ante un paciente con sospecha clínica de SCACEST realizarán las siguientes tareas:

- Evaluar clínicamente al paciente y confirmar el diagnóstico mediante la realización de un ECG de 12 derivaciones en 10 minutos o menos desde el contacto con el paciente.
- Administrar los primeros cuidados que precise según protocolo.
- Averiguar la hora de inicio de los síntomas.

Una vez confirmado el diagnóstico de SCACEST mediante electrocardiograma procederán a:

- Llamar al Centro Coordinador del 061 para comunicar la activación del Código Infarto. (Ver las funciones a realizar por el Centro Coordinador del 061 en el apartado [4.1](#)).



- Decidir cuál es la estrategia de reperfusión más adecuada para ese paciente, decisión que debe ser validada por el Centro Coordinador del 061 en base al tiempo estimado hasta la realización de angioplastia primaria y al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas.
 - o En el caso de que se considere que la estrategia fármaco invasiva es la más adecuada, se procederá a la realización de la fibrinólisis siempre y cuando el paciente no presente contraindicaciones para este procedimiento (ver [Anexo 2](#)).
 - o En caso de remitir para angioplastia primaria, contactar con el cardiólogo del hospital con capacidad para realizarla, informándole del caso y de los aspectos clínicos que sean necesarios.
- Realizar el traslado seguro del paciente y garantizar la transferencia adecuada del mismo al personal del hospital con unidad de hemodinámica.
- Registrar las variables previstas en el sistema de información.

Pacientes atendidos inicialmente en un hospital sin posibilidad de realizar angioplastia primaria

Las actuaciones a realizar son las mismas, tanto si se trata de pacientes cuyo primer contacto es el servicio de urgencia de este hospital, como si se trata de pacientes que se encuentran ya ingresados en el mismo.

Los profesionales sanitarios de Urgencias, Médicos de planta, Cardiología o UCI, ante un paciente con sospecha clínica de SCACEST realizarán las siguientes tareas:

- Evaluar clínicamente al paciente y confirmar el diagnóstico mediante la realización de un ECG de 12 derivaciones en 10 minutos o menos desde la llegada del paciente *(o desde que se avisa al personal sanitario de planta en el caso de pacientes ingresados)*.
- Administrar los primeros cuidados que precise según protocolo.
- Averiguar la hora de inicio de los síntomas.

Una vez confirmado el diagnóstico de SCACEST mediante electrocardiograma, el médico responsable del paciente procederá a:

- Llamar al Centro Coordinador del 061 para la activación del Código Infarto. El Centro Coordinador del 061 informará del tiempo estimado para el traslado del paciente a la sala de hemodinámica. (Ver las funciones a realizar por el Centro Coordinador del [061](#) en el apartado 4.1).
- Preparar al paciente para el traslado.
- Decidir cuál es la estrategia de reperfusión más adecuada para ese paciente en base al tiempo estimado hasta la realización de angioplastia primaria, al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la situación del paciente.



- o En el caso de que se considere que la estrategia farmacoinvasiva es la más adecuada, se procederá a la realización de la fibrinólisis, siempre y cuando el paciente no presente contraindicaciones para este procedimiento (ver [Anexo 2](#)).
- o En el caso de que la angioplastia primaria sea la estrategia más adecuada, contactar con el cardiólogo de guardia del hospital de referencia con Hemodinámica y tomar las medidas necesarias para que el “tiempo” DIDO no sobrepase los 30 minutos.
- Asegurar la transferencia adecuada del paciente al dispositivo del 061 para el traslado del mismo.
- Registrar las variables previstas en el sistema de información.

Sin que suponga una demora en la asistencia, es recomendable generar una “interconsulta” para que desde el hospital de referencia sea posible acceder a los datos del enfermo.

Nota:

*Dadas las diferentes características de los hospitales, en cada uno de ellos se diseñará el **protocolo interno** a seguir para conseguir estos objetivos.*

Pacientes atendidos inicialmente en un hospital con capacidad para realizar angioplastia primaria inmediata

a) Pacientes cuyo primer contacto sea el Servicio de Urgencias del hospital o en los que se produzca el infarto estando ya ingresados.

Los profesionales sanitarios que atiendan en primera instancia a un paciente con sospecha clínica de SCACEST, realizarán las siguientes tareas:

- Evaluar clínicamente al paciente y confirmar el diagnóstico mediante la realización de un ECG de 12 derivaciones en 10 minutos o menos desde la llegada del paciente (*o desde que se avisa al personal sanitario de planta en el caso de pacientes ingresados*).
- Administrar los primeros cuidados que precise según protocolo.
- Averiguar la hora de inicio de los síntomas.
- Una vez confirmado el diagnóstico de SCACEST mediante electrocardiograma, el médico responsable del paciente procederá a avisar al cardiólogo/hemodinamista de guardia que realizará la activación del Código Infarto llamando al Centro Coordinador del 061.
- Se trasladará al paciente a la sala de Hemodinámica, con apoyo del personal de enfermería de la unidad hospitalaria donde se encuentre ingresado (urgencias, UCI, planta de hospitalización...).
- Si es preciso un traslado posterior, el Centro Coordinador del 061 irá organizando el equipo y



avisará al hospital de destino. (Ver las funciones a realizar por el Centro Coordinador del [061](#) en el apartado 4.1).

- Registrar las variables previstas en el sistema de información.

Una vez el paciente en la sala de hemodinámica, el hemodinamista procederá a:

- Realizar la angioplastia primaria en el menor tiempo posible. Se recomienda que transcurran menos de 60 minutos desde el diagnóstico hasta la angioplastia.
- Coordinar y responsabilizarse del traslado interno de los pacientes, que permanecerán ingresados en la Unidad Coronaria o trasladados a la UCI de su Hospital de Área si la situación clínica lo permite.
- Registrar las variables previstas en el sistema de información.

b) Pacientes trasladados por el 061 con un Código Infarto.

Se pueden presentar 3 situaciones:

b.1 Que el paciente sea trasladado por el 061 con un Código Infarto para angioplastia primaria.

En estos casos, el paciente debe ser trasladado directamente a la Unidad de Hemodinámica por la UME, informando al servicio de urgencias del hospital pero realizando directamente la transición asistencial del paciente con el equipo en dicha Unidad.

Las funciones del cardiólogo o hemodinamista de guardia son:

- Coordinar y responsabilizarse de la recepción y traslado interno de los pacientes remitidos por el Centro Coordinador del 061.
- Avisar al equipo de hemodinámica de guardia (personal médico y de enfermería) para la realización de angioplastia primaria.
- Recibir las llamadas y comunicarse con el Centro Coordinador del 061 y el primer contacto médico, si procede.

Una vez el paciente en la sala de hemodinámica, el cardiólogo intervencionista o hemodinamista procederá a:

- Realizar la angioplastia primaria en el menor tiempo posible, preferentemente en menos de 90 minutos desde el diagnóstico.
- Coordinar y responsabilizarse del traslado interno de los pacientes, que permanecerán ingresados en la Unidad Coronaria o trasladados a la UCI de referencia si su situación clínica lo permite.



- Registrar las variables previstas en el sistema de información.
- Mantener comunicación con el CCU y la UCI del Hospital de referencia para coordinar el traslado del paciente tras la intervención, siempre que su estado clínico lo permita. El Centro Coordinador del 061 se encargará de organizar la secuencia de dicho traslado en caso de que éste se decida.

b.2 Que el paciente sea trasladado por el 061 con un Código Infarto tras fibrinólisis (estrategia farmacoinvasiva).

En este escenario las funciones del cardiólogo o hemodinamista de guardia son:

- Coordinar y responsabilizarse de la recepción y traslado interno de los pacientes remitidos por el Centro Coordinador del 061.
- Evaluar clínicamente al paciente y administrar los cuidados que precise según protocolo.
- Evaluar la efectividad de la reperfusión 60 minutos después de la administración. En caso de que no haya sido efectiva, trasladar al paciente a la sala de hemodinámica para la realización de una angioplastia de rescate.
- En caso de que la reperfusión haya sido exitosa, de acuerdo con el médico de UCI, programar la realización de un cateterismo postfibrinólisis.
- Conocer en tiempo real la situación de disponibilidad de la Sala de Hemodinámica y de camas de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Registrar las variables previstas en el sistema de información.

b.3 Retorno del paciente.

Una vez realizado el procedimiento, los pacientes procedentes de áreas de salud con hospitales dotados de unidades de cuidados intensivos serán trasladados a su hospital de referencia, siempre que el cardiólogo/hemodinamista considere que la situación clínica cumple las condiciones adecuadas.

Previamente el cardiólogo/hemodinamista de guardia se habrá coordinado con el médico del CCU y el médico de la UCI de ese hospital para la realización del traslado, informando de la situación clínica del paciente.

En caso de no disponer de camas en su unidad, será el intensivista de la UCI que debe recibir al paciente quien solicite la posibilidad de ingreso en otra UCI disponible, y si esto no fuese posible, lo asumirá a su cargo ingresado en la unidad más adecuada destinada a ese fin en cada hospital (reanimación, urgencias u otras).





El Centro Coordinador del 061 se encargará de organizar el traslado, que será realizado en una unidad con el paciente monitorizado.

Antes del traslado, el paciente y su familia serán informados por el cardiólogo intervencionista explicándoles el procedimiento realizado, la situación clínica del paciente y su destino.

Los pacientes que presenten cualquiera de las siguientes situaciones clínicas permanecerán ingresados en el hospital donde se ha realizado la angioplastia primaria:

- Desarrollo agudo de inestabilidad hemodinámica o insuficiencia cardiaca grave:
 - o Necesidad de apoyo respiratorio con ventilación mecánica de cualquier tipo, invasiva o no invasiva.
 - o Criterios clínicos de shock, necesidad de drogas vasoactivas o dispositivos de asistencia (balón de contrapulsación, asistencia tipo Impella, ECMO,...etc.).
- Inestabilidad eléctrica, fundamentalmente por arritmias ventriculares.
- Otras complicaciones del infarto o del procedimiento.
- Anatomía coronaria de alto riesgo que aconseje permanecer en el hospital donde se ha hecho la angioplastia.

Si tras un periodo de ingreso de al menos 6 horas, la situación clínica se estabiliza y no precisan nuevos procedimientos intervencionistas coronarios percutáneos o quirúrgicos, se podrán trasladar a la UCI de su hospital de referencia, previa coordinación entre los médicos de ambos hospitales y el 061.

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-03c0-dbec-d0af-00505696d280



5. SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO.

¿Quién debe registrar la información?

La información será registrada en la historia clínica por los profesionales que hayan realizado la asistencia a los pacientes.

¿Qué se registra?

Se registran los datos necesarios para el adecuado diagnóstico, tratamiento, rescate y seguimiento del paciente con SCACEST.

Se trata de los siguientes ítems de información:

- Datos administrativos del paciente.
- Factores de riesgo previos al inicio de los síntomas.
- Patología asociada previa al inicio de los síntomas.
- Tratamiento previo al inicio de los síntomas.
- Factores pronósticos para el cálculo del índice de GRACE.
- Síntoma guía por el que acude el paciente.
- Datos de los dispositivos donde se ha realizado la asistencia.
- Hitos horarios.
- Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
- Medicación.
- Otros resultados asistenciales.

¿Dónde se almacena la información?

La información recogida será almacenada en una base de datos del Servicio Murciano de Salud, que será el encargado de su mantenimiento y seguridad.

¿Quién analiza la información?

El personal encargado del mantenimiento de la base de datos analizará periódicamente los datos recogidos. Cualquier petición de análisis adicionales será sometida a la conformidad de una Comisión que estará formada por profesionales de los servicios centrales y de las áreas de salud implicadas en la asistencia y gestión de la salud de los pacientes con SCACEST.



6. INDICADORES PARA LA MONITORIZACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO

Los indicadores para la evaluación y posterior monitorización del proceso son:

- Indicadores de cobertura.
- Indicadores relacionados con el tiempo en el que se realiza la atención.
- Indicadores de adecuación del circuito asistencial.
- Indicadores de resultado.

A continuación se detallan en la tabla los diferentes indicadores.

INDICADOR	FÓRMULA
1. INDICADORES DE COBERTURA	
1.1 Porcentaje de pacientes con SCACEST que han recibido tratamiento de reperusión	Pacientes con SCACEST que han recibido tratamiento de reperusión (Fibrinólisis o angioplastia primaria) x100/Pacientes con SCACEST
1.2 Porcentaje de pacientes con SCACEST reperfundidos con angioplastia primaria	Pacientes con SCACEST que han recibido tratamiento de reperusión con angioplastia primaria x100/Pacientes con SCACEST que han recibido tratamiento de reperusión (angioplastia primaria o fibrinólisis)
2. INDICADORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO EN EL QUE SE REALIZA LA ATENCION	
2.1 Tiempo total de isquemia: Tiempo en minutos desde el inicio de los síntomas hasta la realización de la reperusión (fibrinólisis o angioplastia) en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.2 Retraso debido al paciente: 2.2.1 En los casos con llamada al teléfono de emergencias: Tiempo en minutos desde el inicio de los síntomas hasta la llamada al 112/061 en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.2.2. En los casos en los que el paciente llega al hospital (PCI o NO PCI) por sus propios medios: tiempo en minutos desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.3 Retraso debido al Servicio de Emergencias: 2.3.1 Tiempo en minutos desde la llamada al teléfono 112/061 hasta la llegada de la unidad de emergencias al lugar del aviso en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.3.2 Porcentaje de pacientes con SCACEST cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de asistencia es menor de 15 minutos	Pacientes atendidos con SCACEST cuyo intervalo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es <15 minutos x100/Pacientes atendidos con SCACEST
2.3.3 Porcentaje de pacientes con SCACEST cuyo primer contacto médico es el 061 y con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la llegada al hospital PCI es de 60 minutos o menos	Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la llegada al hospital PCI es de 60 minutos o menos x 100/Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria



INDICADOR	FÓRMULA
2.4 Retraso debido al sistema:	
2.4.1 En los casos con llamada al teléfono de emergencias: Tiempo en minutos desde la llamada al 112/061 hasta la reperusión (fibrinólisis o angioplastia primaria) en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.4.2 En los casos en los que el paciente llega al hospital (PCI o NO PCI) por sus propios medios: tiempo en minutos desde el primer contacto médico (en hospital PCI o NO PCI) hasta la reperusión (fibrinólisis o angioplastia primaria) en pacientes con SCACEST	Media Mediana
2.4.3 Retraso en el diagnóstico: porcentaje de pacientes con SCACEST cuyo tiempo entre el primer contacto médico y la realización de ECG es de 10 minutos o menos	Pacientes con SCACEST en los que se realiza el ECG en 10 minutos o menos desde el primer contacto médico x 100/Pacientes con SCACEST
2.4.4 Retraso en el tratamiento de reperusión con fibrinolíticos: porcentaje de pacientes con SCACEST en los que se realiza la fibrinólisis en 10 minutos o menos desde la realización del primer ECG diagnóstico	Pacientes con SCACEST en los que se realiza la fibrinólisis en 10 minutos o menos desde la realización del primer ECG diagnóstico x 100/Pacientes con SCACEST en los que se ha realizado fibrinólisis
2.4.5 Retraso en el tratamiento de reperusión con angioplastia primaria en los casos en los que el primer contacto médico es el hospital PCI: porcentaje de pacientes con SCACEST y angioplastia primaria cuyo tiempo desde la realización del primer ECG diagnóstico en hospital PCI hasta el paso de la guía es de 60 minutos o menos	Pacientes con SCACEST cuyo tiempo desde la realización del primer ECG diagnóstico en hospital PCI hasta el paso de la guía es de 60 minutos o menos x 100/Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria cuyo primer contacto médico es un hospital PCI
2.4.6 Retraso en el tratamiento de reperusión con angioplastia primaria en los casos en los que el primer contacto médico es un hospital NO PCI o la unidad de emergencias: porcentaje de pacientes con SCACEST y angioplastia primaria cuyo tiempo desde la realización del primer ECG diagnóstico en hospital NO PCI o unidad de emergencias hasta el paso de la guía es de 90 minutos o menos	Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria en los que el tiempo desde la realización del primer ECG diagnóstico en hospital NO PCI o unidad de emergencias hasta el paso de la guía es de 90 minutos o menos x 100/Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria en los que el primer contacto médico es un hospital NO PCI o la unidad de emergencias
2.4.7 Porcentaje de pacientes con SCACEST que han pasado por un hospital NO PCI (hospital DIDO) antes de llegar al centro donde se ha realizado la angioplastia primaria cuyo tiempo entre la entrada y la salida del hospital es de 30 minutos o menos	Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria que han pasado por un hospital DIDO cuyo tiempo entre la entrada y salida del mismo es de 30 minutos o menos x 100/Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria que han pasado por un hospital DIDO
2.4.8 Tiempo en minutos desde la realización del primer ECG diagnóstico hasta la aceptación por hemodinámica/activación protocolo IAM en pacientes con SCACEST	Media Mediana



3. INDICADORES DE ADECUACIÓN DEL CIRCUITO ASISTENCIAL	
3.1 Porcentaje de pacientes con SCACEST asistidos inicialmente en urgencias extrahospitalarias que tienen como referencia un hospital NO PCI, que son trasladados directamente al hospital PCI (sin pasar por el hospital NO PCI)	Pacientes con SCACEST asistidos inicialmente en urgencias extrahospitalarias que tienen como referencia un hospital NO PCI, que son trasladados directamente al hospital PCIx100/Pacientes con SCACEST asistidos inicialmente en urgencias extrahospitalarias que tienen como referencia un hospital NO PCI
3.2 Porcentaje de pacientes con SCACEST asistidos inicialmente fuera de un hospital PCI que son trasladados directamente a sala de hemodinámica	Pacientes con SCACEST asistidos inicialmente fuera de un hospital PCI que son trasladados directamente a sala de hemodinámicax100/ Pacientes con SCACEST asistidos inicialmente fuera de un hospital PCI
4. INDICADORES DE RESULTADO	
4.1 Porcentaje de pacientes con SCACEST en los que la angioplastia primaria ha sido exitosa	Pacientes con SCACEST y angioplastia primaria en los que se alcanza un flujo TIMI 3 tras la reperusión x 100/Pacientes con SCACEST en los que se ha realizado angioplastia primaria
4.2 Mortalidad extrahospitalaria previa al ingreso en pacientes con SCACEST	Pacientes con diagnóstico confirmado de SCACEST que fallecen antes de ingresar en el hospital x 100/Pacientes con diagnóstico confirmado de SCACEST
4.3 Mortalidad intrahospitalaria en pacientes dados de alta por SCACEST	Pacientes dados de alta por SCACES que fallecen durante la estancia hospitalaria x 100/Pacientes dados de alta por SCACEST
4.4 Estancia media hospitalaria en pacientes dados de alta por SCACEST	Media
4.5 Porcentaje de reingresos por cualquier causa en menos de 72 horas en pacientes dados de alta por SCACEST	Pacientes dados de alta a domicilio por SCACEST que reingresan por cualquier causa en las 72 horas posteriores al alta x 100/Pacientes dados de alta a domicilio por SCACEST

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-03c0-dbec-d0af-00505696280



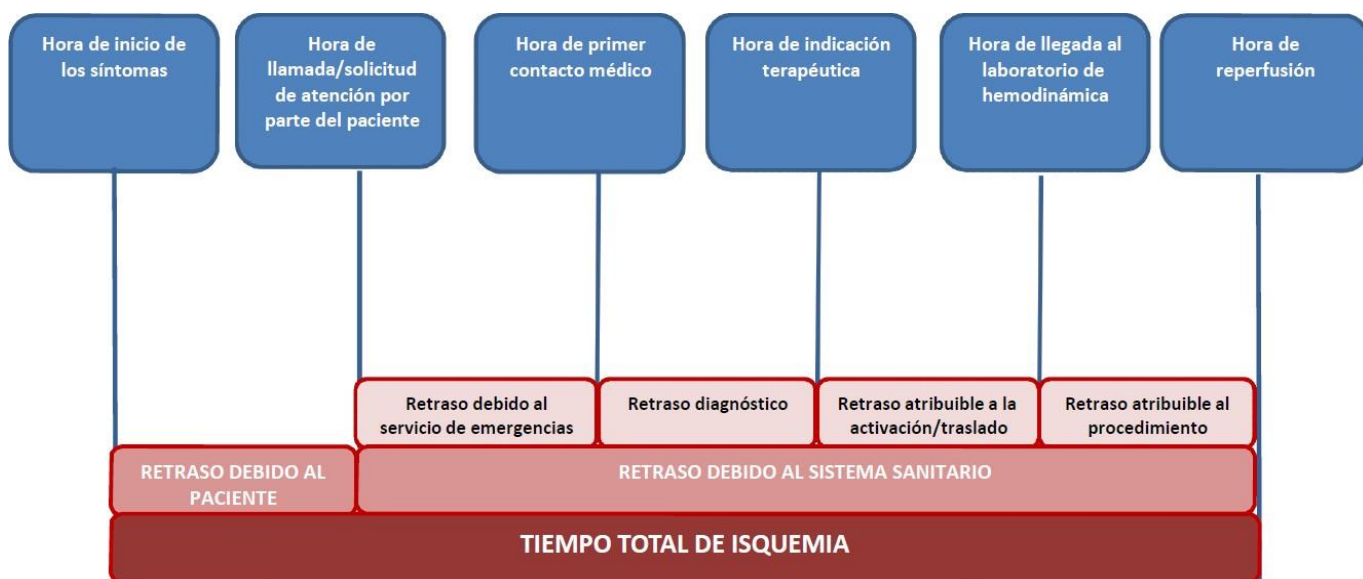
7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
2. Instituto Nacional de Estadística: Defunciones por causa de muerte 2021 (lista reducida). España. [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55864>
3. Instituto Nacional de Estadística: Defunciones por causa de muerte 2021. Región de Murcia. [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55864>
4. Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindback J, Wallentin L. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST- elevation myocardial infarction. J Am Med Assoc. 2011;305:1677-84.
5. Fox KA, Steg PG, Eagle KA, Goodman SG, Anderson FA Jr, Granger CB, et al. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999-2006. J Am Med Assoc. 2007;297:1892-1900.
6. Pinar E, Bardaji A. Manejo de infarto agudo de miocardio con 23ibrinóli del segmento ST. Guías de actuación clínica y el mundo real. Rev Esp Cardiol Supl. 2009;09@:71-78.
7. Consejería de Sanidad y Política Social. Tratamiento antiagregante en el síndrome coronario agudo (SCA). Programa integral de atención a la cardiopatía isquémica 2010- 2013. Murcia. 2014.
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Madrid. 2022.
9. Carrillo P, López Palop R, Pinar E, Lozano I, Cortes R, Saura D et al. Proyecto de un plan de accesibilidad al intervencionismo coronario en el infarto agudo de Miocardio en la Región de Murcia (España). Registro APRIMUR. Rev Esp Cardiol. 2002;55:587-96.
10. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Cardiopatía Isquémica 2010-2013. Murcia. 2010.
11. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr., Chung MK, de Lemos JA, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2013;61:e78-140.
12. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST- segment elevation. Eur Heart J. 2017;39(2):119-77.
13. Parra Hidalgo P, Pinar Bermúdez E, Casado Galindo EJ, coordinadores. Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST. Recomendaciones para su atención 2015. Murcia: Consejería de Sanidad; 2015.
14. Calle JE, Parra P, Arellano C, Fonseca Y, López C. Evaluación de la Calidad de la Atención al Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST (SCACEST) en el Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2014.
15. Robert A. Byrne, Xavier Rossello, J.J. Coughlan , Emanuele Barbato, Colin Berry, Alaide Chieffo, Marc J. Claeys , Gheorghe-Andrei Dan, Marc R Dweck, Mary Galbraith, Martine Gilard, Lynne Hinterbuchner, Ewa A. Jankowska, Peter Jüni, Takeshi Kimura, Vijay Kunadian , Margret Leosdottir, Roberto Lorusso, Roberto F.E. Pedretti, Angelos G. Rigopoulos , Maria Rubini Gimenez, Holger Thiele, Pascal Vranckx , Sven Wassmann , Nanette Kass Wenger, Borja Ibanez . 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes
16. Comunidad Autónoma Región de Murcia. Código infarto. Murcia. 2018.



8. ANEXOS.

ANEXO 1. INTERVALOS DE TIEMPO DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS HASTA LA REPERFUSIÓN



26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-03c0-4bec-d0af-00505696d280



ANEXO 2. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON SCACEST.

A. DETECCIÓN DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE SCACEST

¿Cuáles son los síntomas de sospecha diagnóstica del infarto agudo de miocardio (IAM o SCACEST)?

Se sospechará un IAM ante un malestar de 20 minutos o más de duración (dolor, opresión, desgarró, etc.) en la cara anterior del tórax, que puede irradiarse a ambos brazos –preferentemente al izquierdo- a la espalda, al epigastrio, al cuello o a la mandíbula, y puede estar acompañado de síntomas vegetativos –palidez, frialdad, diaforesis, náuseas, vómitos, sensación de muerte inminente- o de otros síntomas o signos, como disnea, palpitaciones, mareo o pérdida de conciencia.

Hasta un 30% de pacientes con SCACEST se presenta con síntomas atípicos (náuseas, vómitos, disnea, astenia, palpitaciones, síncope, dolor epigástrico, etc.). Esta presentación es más frecuente en mujeres, ancianos y pacientes diabéticos.

¿Cuándo debe realizarse un ECG?

Todos los pacientes con síntomas de sospecha de IAM deben tener realizado e interpretado un ECG de 12 derivaciones en 10 minutos o menos desde el primer contacto médico.

¿Cuáles son los criterios diagnósticos electrocardiográficos del SCACEST?

Se considerará que el paciente tiene un SCACEST cuando aparece una elevación del segmento ST, medido en el punto J, en al menos 2 derivaciones contiguas.

Esta elevación debe ser:

- Mayor o igual a 2,5 mm en los varones menores de 40 años, mayor o igual a 2 mm en los varones de 40 años o más, o mayor o igual a 1,5 mm en las mujeres en las derivaciones V2-V3, o bien;
- Mayor o igual a 1 mm en otras derivaciones (en ausencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo o bloqueo de rama izquierda).

La monitorización electrocardiográfica se debe iniciar lo antes posible en todos los pacientes con sospecha de SCACEST.

Si la monitorización no es posible, y ante un ECG inicial normal, se repetirá este ECG cada 15- 30 minutos en los siguientes casos:

- Pacientes que continúan o intensifican su sintomatología.
- Ante la reaparición de síntomas en pacientes en los que habían desaparecido.



Nota: En pacientes con clínica sugestiva de infarto de miocardio pueden aparecer determinadas alteraciones electrocardiográficas que pueden hacernos sospechar que se está desarrollando un proceso agudo:

a. Bloqueo completo de rama izquierda o derecha de nueva aparición o desconocido previamente.

b. Presencia de ritmo de marcapasos.

c. El descenso aislado del ST en V1-V3 debe hacernos sospechar un IAM posterior aislado. Los pacientes con infarto de miocardio inferobasal (oclusión de la arteria circunfleja), muestran ascenso del segmento ST $\geq 0,5$ mm en las derivaciones torácicas posteriores (V7-V9).

d. El descenso generalizado del ST con ascenso en derivaciones aVR y/o sugieren enfermedad de TCI o afectación severa de tres vasos coronarios.

B. ABORDAJE INICIAL DEL SCACEST

¿Cuál es la actuación terapéutica inmediata ante sospecha de Síndrome Coronario Agudo?

Ácido acetil salicílico (AAS): en ausencia de contraindicaciones debe administrarse, lo antes posible, una dosis de 150-300 mg preferiblemente por vía oral, masticada o triturada, preferentemente en presentación sin recubrimiento entérico.

Puede administrarse por vía intravenosa en pacientes que no pueden deglutir (en el rango de dosis 80-150 mg). En nuestro medio para ello se dispone del acetil salicilato de lisina (ASL- InyesprinR -)*.

**Se administrara diluyendo un vial de 900 mg de ASL (equivalente 500 mg AAS) en 5 ml de agua para inyectables y administrar 0,8-1,5 ml intravenoso o perfusión corta diluido en suero salino fisiológico o glucosalino al 5%.*

¿Cuál es el procedimiento terapéutico ante el diagnóstico de SCACEST?

Una vez realizado el diagnóstico de SCACEST, y decidida la estrategia de reperfusión, las medidas terapéuticas que debemos aplicar son:

Antiagregación:

- **AAS:** En caso de que no se haya hecho anteriormente, administrar en ausencia de contraindicaciones, 150-300 mg vía oral, en formulaciones sin recubrimiento entérico. Si no es posible la ingestión se administraría iv (80-150 mg).

- **TICAGRELOR, PRASUGREL o CLOPIDOGREL.**

○ TICAGRELOR.

La dosis de carga es de 180 mg, con una terapia posterior de mantenimiento de 90 mg cada 12 horas.

Está contraindicado si hay antecedentes de hemorragia cerebral previa o insuficiencia hepática moderada-severa. Debe usarse con precaución en enfermos con EPOC, asma grave, trastornos de conducción auriculoventricular, disfunción sinusal o edad superior a 80 años.

○ PRASUGREL.

Se administrará una dosis de carga de 60 mg seguido de 10 mg al día de mantenimiento.



Está contraindicado si el paciente presenta antecedentes de ictus isquémico o hemorrágico, AIT previo o insuficiencia hepática moderada-severa. Tampoco se recomienda en pacientes mayores de 75 años o con peso inferior a 60 kg.

o **CLOPIDOGREL:**

Se administrará asociado a aspirina en casos de:

- ✓ alto riesgo hemorrágico
- ✓ contraindicaciones específicas para el uso de Ticagrelor o Prasugrel.
- ✓ tratamiento con anticoagulación crónica
- ✓ fibrinólisis como tratamiento de reperfusión.

Las dosis serán:

- ✓ 300 mg si se opta por fibrinólisis (75 mg en >75 años).
- ✓ 600 mg si se va a realizar angioplastia.

- Se dispone también de un antiagregante intravenoso, **CANGRELOR**.

Está indicado en aquellos pacientes remitidos a angioplastia primaria sin adecuada administración de tratamiento antiagregante previo con inhibidores de IP2Y12, por imposibilidad o dificultad del uso de la vía oral (vómitos, intubación orotraqueal).

- En casos de alergia o contraindicación para el uso de AAS se administrará dosis de carga de Prasugrel (dosis de 60 mgrs), Ticagrelor (dosis de 180 mgrs) o Clopidogrel (600 mg) -si no existen contraindicaciones-.

Se puede realizar protocolo de desensibilización urgente y valorar asociación de antagonistas GP IIb/IIIa.

El tratamiento antiagregante de mantenimiento deberá individualizarse en función del riesgo isquémico y hemorrágico del paciente, las características anatómicas y del procedimiento realizado...etc.

Oxigenoterapia:

Se aconseja su administración (2-4 litros/minuto en cánula nasal) en pacientes con disnea, insuficiencia cardíaca o hipoxemia (SaO₂ <90%).

Analgésicos:

Para aliviar el dolor se puede administrar morfina intravenosa con una dosis inicial de 2-4 mg y bolos repetidos a intervalos de 5-15 min. Como efectos secundarios puede causar:



- Náuseas y vómitos, que se trataran con antieméticos.
- Hipotensión y bradicardia, que se podrá tratar con atropina (dosis inicial de 0,25-0,5 mg intravenosa repitiendo hasta un total de 1,5-2 mg).
- Depresión respiratoria, que puede precisar administración de naloxona (dosis de 0,1-0,2 mg intravenosos cada 15 minutos).

Como analgésicos alternativos pueden administrarse:

- Fentanilo iv en dosis de 50 – 100 mcgr (1 mcgr/kg), aunque con precaución si la presión arterial sistólica es inferior a 100 mmHg.
- Meperidina, 30 mg en administración iv lenta.

No se recomienda el uso rutinario de nitratos. La nitroglicerina está indicada ante la persistencia del dolor isquémico, el control de la hipertensión arterial y el manejo de la insuficiencia cardiaca izquierda.

En caso necesario se administrará un comprimido sublingual (o nebulización) de nitroglicerina 0,4 mg que se puede repetir cada 5 minutos hasta 3 veces, o bien por vía intravenosa con la administración inicial de 10 mcg/min. No debe utilizarse en caso de infarto de ventrículo derecho, hipotensión (PAS \leq 90 mmHg) o uso reciente (24-48h) de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo).

En la fase aguda se realiza de forma rutinaria la extracción de sangre para marcadores séricos. No se debe esperar a estos resultados para iniciar el tratamiento de perfusión.

“NO HACER”:

Se deben evitar las inyecciones intramusculares, puesto que podrían elevar los valores de CPK.

No deben administrarse fármacos antiinflamatorios no esteroideos (excluido el AAS) ni inhibidores de la ciclooxigenasa.

C. REPERFUSIÓN MEDIANTE ANGIOPLASTIA PRIMARIA

¿Cuál es el procedimiento para la realización de la angioplastia primaria?

La vía de acceso debe individualizarse y quedará a criterio del operador. El uso de la vía radial, por un operador experimentado, es útil para disminuir las complicaciones vasculares.

Generalmente la angioplastia se limitará al vaso responsable, completándose la revascularización de otras lesiones en un segundo procedimiento. Puede considerarse el tratamiento de lesiones “no culpables” en casos seleccionados, fundamentalmente en situaciones de isquemia persistente después de la angioplastia primaria sobre la lesión supuestamente responsable.



Respecto a los dispositivos se recomienda el uso de stent, y los stents fármacoactivos de última generación son preferibles a los convencionales

La trombectomía por aspiración manual es una opción razonable en pacientes seleccionados que se someten a angioplastia con abundante y accesible material trombótico intracoronario.

En casos de shock cardiogénico puede utilizarse el balón de contrapulsación intraaórtico o incluso sistemas de asistencia ventricular izquierda (bomba de flujo axial continuo - Impella® - ...) en algunos pacientes con deterioro severo por fallo de ventrículo izquierdo.

El uso de la membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (V-A ECMO) puede ser una opción en casos de shock profundo por insuficiencia biventricular y compromiso respiratorio asociado.

En cuanto a la terapia farmacológica, es necesario asegurar un adecuado tratamiento antiagregante y anticoagulante:

Antiagregación:

Los pacientes deben recibir aspirina y un inhibidor del receptor P2Y12, tan pronto como sea posible (Ticagrelor 180 mg, Prasugrel 60 mg o Clopidogrel 600 mg).

Los inhibidores del receptor P2Y12 se deben administrar durante un año, si no hay contraindicaciones, con las siguientes dosis:

- Clopidogrel 75 mg diarios.
- Prasugrel 10 mg diarios.
- Ticagrelor 90 mg dos veces al día.

Respecto a los inhibidores de la GP IIb/IIIa intravenosos (Tirofiban, Eptifibatide), puede valorarse su administración en el momento de la angioplastia en pacientes seleccionados, como aquellos con evidencia angiográfica de trombo masivo, flujo lento o complicación trombótica.

Anticoagulación:

Para pacientes con SCACEST sometidos a angioplastia primaria debe administrarse antes y durante el procedimiento tratamiento anticoagulante. Se recomienda:

- Heparina no fraccionada. Es el anticoagulante de elección, con bolos adicionales si se necesitan para mantener niveles terapéuticos de anticoagulación, teniendo en cuenta si se ha administrado algún inhibidor GP IIb/IIIa.



- Alternativamente puede emplearse Bivalirudina, en pacientes con SCACEST sometidos a angioplastia que tienen alto riesgo de sangrado o con antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina.
- El fondaparinux no debe ser usado como anticoagulante aislado en el procedimiento de angioplastia por el riesgo de trombosis del catéter.

¿Cuáles son los criterios de valoración de los resultados obtenidos tras la realización de angioplastia?

El resultado exitoso del procedimiento de angioplastia primaria se basa en datos angiográficos y clínicos.

- Datos angiográficos: Apertura del vaso responsable, con flujo TIMI III y sin complicaciones. Idealmente con una adecuada perfusión tisular. La perfusión miocárdica inadecuada tras la apertura del vaso se denomina “noreflow”, y ocurre cuando no se logra flujo TIMI III o si se consigue, pero el tatuaje miocárdico (“blush”) es 0 o 1, o cuando no existe resolución del ST a las 4 horas.
- Datos clínicos: La mejoría del dolor, la aparición de arritmias de reperfusión y la resolución de la elevación del segmento ST.

Posteriormente, en los siguientes días, además de la valoración clínica se recurrirá a diferentes exploraciones complementarias.

Situaciones en las que se debe valorar la conveniencia de realizar angioplastia primaria:

- Impedimentos técnicos: Problemas que impiden el acceso vascular, reacciones alérgicas al contraste o a los antitrombóticos, anatomía coronaria ya conocida y no revascularizable o sala de hemodinámica ocupada.
- Situaciones de alto riesgo: Hemorragia digestiva, infección activa, ACV agudo, coagulopatía severa, comorbilidad severa, limitación esfuerzo terapéutico, pacientes con mayor susceptibilidad o en los que las complicaciones impliquen un mayor riesgo.

D. REPERFUSIÓN MEDIANTE FIBRINOLISIS

¿Cuál es el procedimiento de realización de la fibrinólisis?

Elección del fibrinolítico: Entre los diferentes fármacos disponibles, se recomienda utilizar un fibrinoespecífico.

- **Fibrinoespecíficos:**
 - Tenecteplasa (TNK-tPA). De elección, es el utilizado en nuestro medio.



Peso paciente (Kg)	Metalyse® (UI)	Volumen de solución (ml)
< 60	6.000	6
≥60 a <70	7.000	7
≥70 a < 80	8.000	8
≥80 a < 90	9.000	9
≥90	10.000	10
<p><i>Forma de administración:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolo único vía intravenosa en menos de 10 segundos. - No puede administrarse en un circuito que contenga dextrosa. - Los circuitos que contengan dextrosa deberán lavarse con una solución salina antes y después de la administración del bolo único. - La cantidad de solución no utilizada deberá desecharse. 		

Debe considerarse administrar la mitad de dosis en pacientes mayores de 75 años.

- Reteplasa (rPA): Bolo de 10 UI seguido de otro bolo de 10 UI a los 30 minutos.
- Alteplasa: Bolo de 15 mg seguido por infusión de 0,75 mg/kg (máximo 50 mg) en 30 minutos y a continuación, infusión de 0,50 mg/kg (máximo 35 mg) en 60 minutos.

La dosis máxima total de Alteplasa no excederá los 100 mg.

- No fibrínoespecíficos:

- Streptokinasa: 1,5 millones UI IV en 30-60 min.

Terapia antiplaquetaria:

AAS (de 150 a 300 mg en dosis de carga, si no se ha administrado previamente) y Clopidogrel (300 mg en dosis de carga para pacientes ≤75 años y 75 mg en mayores de 75 años).

Terapia anticoagulante:

Los pacientes con SCACEST sometidos a fibrinólisis deben recibir terapia anticoagulante por un mínimo de 48 horas, y preferiblemente mientras dure el ingreso hospitalario –hasta 8 días- o hasta la revascularización si esta se lleva a cabo.

Los regímenes recomendados son por orden de preferencia:



- Enoxaparina ajustada para la edad, el peso y el aclaramiento de creatinina, dando un bolo intravenoso de 30 miligramos, seguido en 15 minutos por inyecciones subcutáneas.

	< 75 años	≥ 75 años	Insuficiencia renal Acl. Cretinina < 30 ml/h
Bolo	30 mg IV		
Dosis	1 mg/kg/12h subc. (iniciar 15 minutos después del bolo) Máximo: 100 mg	0,75 mg/kg/12h subc. Máximo: 75 mg	1 mg/kg/24h subc.

- Fondaparinux con una dosis inicial intravenosa de 2,5 mg, seguida en 24 horas de inyecciones subcutáneas diarias de 2,5 mg, si el aclaramiento de creatinina es mayor de 30ml/minutos.

¿Cuáles son los criterios de reperfusión exitosa tras la fibrinólisis?

Las variables clásicas de reperfusión tras fibrinólisis son:

- La mejoría o desaparición del dolor.
- La resolución de la elevación del segmento ST (más del 50% a los 60 minutos).
- La presencia de arritmias de reperfusión (por ejemplo el ritmo idioventricular).

¿Cuáles son las contraindicaciones de la fibrinólisis? Contraindicaciones absolutas:

- Sospecha de disección aortica.
- Hemorragia intracraneal previa.
- Accidente cerebrovascular isquémico en los 6 meses precedentes.
- Neoplasia intracraneal.
- Lesión vascular cerebral conocida (por ejemplo, malformación arteriovenosa).
- Trauma craneal cerrado o trauma facial significativo en los 3 meses previos.
- Hemorragia gastrointestinal en el último mes.
- Trastorno hemorrágico conocido (excluida la menstruación).
- Cirugía intracraneal o intraespinal en los dos meses previos.
- Punciones no compresibles en las últimas 24 horas (por ejemplo biopsia hepática, punción lumbar).
- Cirugía mayor en las últimas 3 semanas.



Contraindicaciones relativas:

- Accidente isquémico transitorio en los 6 meses precedentes.
- Presentación con hipertensión grave refractaria, entendiéndose por tal la presión arterial sistólica (PAS) >180 mmHg o diastólica (PAD) >110 mmHg.
- Tratamiento anticoagulante oral.
- Gestación o primera semana postparto.
- Enfermedad hepática avanzada.
- Endocarditis infecciosa.
- Úlcera péptica activa.
- Maniobras de resucitación prolongada o traumática.

26/04/2024 13:33:37

FERRANDEZ CAMARA, MARIA JESUS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-494386ca-03c0-dbec-cdaf-00505696d280



ANEXO 3. ESTRUCTURA.

El Servicio Murciano de Salud cuenta con 2 Unidades de Hemodinámica con posibilidad de realizar angioplastia primaria 24 horas al día los 365 días del año, una ubicada en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y otra en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Disponen de Unidad de Cuidados Intensivos, además de los dos centros con Unidades de Hemodinámica, los hospitales Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Hospital General Universitario Reina Sofía, Hospital Rafael Méndez de Lorca y Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, mientras que no la hay en los hospitales Comarcal del Noroeste, Virgen del Castillo de Yecla y de la Vega Lorenzo Guirao.

En relación al 061, en los mapas aparece la distribución de los recursos extrahospitalarios existentes, desagregado por Área de Salud.

El 112 es el teléfono único europeo de emergencias. La gestión de los temas sanitarios que entran a la Sala del 112 es atendida por el personal sanitario del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias sanitarias (CCU).

AREA		SUAP	HOSPITAL	UME	HOSPITAL REFERENCIA
1	Murcia Oeste	Alcantarilla Alhama Mula Murcia/Algezares Murcia/San Andrés	HCUV Arrixaca	-UME 1 Murcia -UME 2 Alcantarilla -UME 16 Alhama	HCUV ARRIXACA
2	Cartagena	Cartagena/Este Cartagena/Los Dolores Fuente Alamo La Union Mazarrón	HGU S ^a Lucía	-UME 4 Cartagena S Lucía -UME 13 Cartagena -UME 9 Mazarrón -UME 10 La Manga	HGU S ^a LUCIA, CARTAGENA
3	Lorca	Aguilas Lorca Lorca 2 Totana	H Rafael Méndez	-UME 3 Lorca -UME 8 Aguilas	HCUV ARRIXACA
4	Noroeste	Caravaca de la Cruz Cehegín	HC Noroeste	-UME 7 Caravaca	HCUV ARRIXACA
5	Altiplano	Jumilla Yecla	HV Castillo	-UME 6 Yecla -UME 17 Jumilla	HCUV ARRIXACA
6	Murcia Norte/Vega Media	Archena Molina de Segura Torres de Cotillas Zarandona	HGU Morales M	-UME 12 Molina	HCUV ARRIXACA
7	Murcia Este	Murcia Infante Santomera	HGU Reina Sofía	-UME 14 Murcia Este	HCUV ARRIXACA
8	Mar Menor	San Javier San Pedro Torre Pacheco	HU Los Arcos Mar Menor	-UME 11 Torre Pacheco -UME 15 Santiago de la Ribera	HGU S ^a LUCIA, CARTAGENA HCUV ARRIXACA
9	Cieza/Vega Alta	Abarán Cieza	H de la Vega Lorenzo Guirao	-UME 5 Cieza	HCUV ARRIXACA





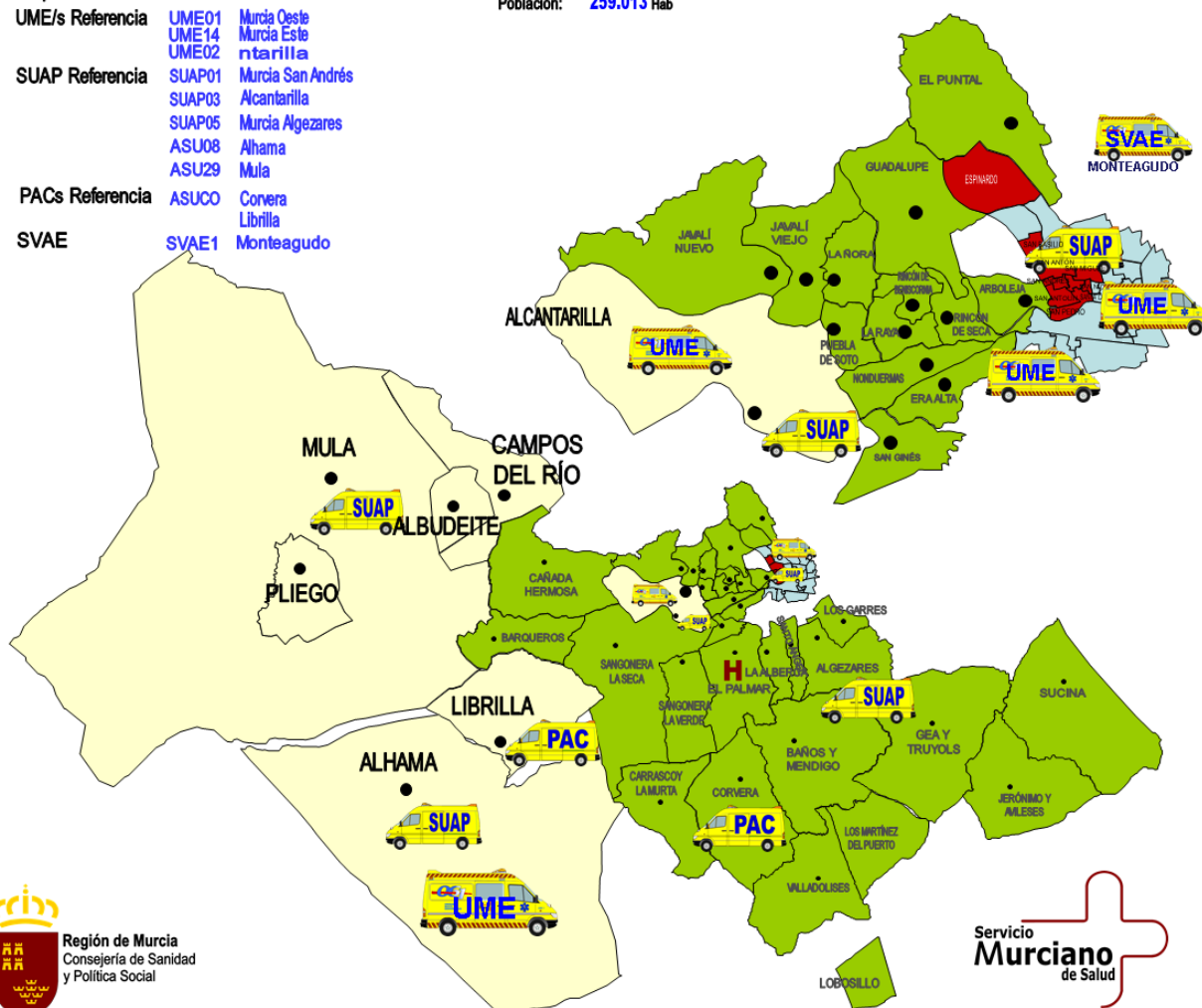
Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA I Murcia Oeste



Hospital Referencia	HUVAmixaca
UME/s Referencia	UME01 Murcia Oeste UME14 Murcia Este UME02 Alcantarilla
SUAP Referencia	SUAP01 Murcia San Andrés SUAP03 Alcantarilla SUAP05 Murcia Algezares ASU08 Alhama ASU29 Mula
PACs Referencia	ASUCO Convera Librilla
SVAE	SVAE1 Monteagudo

Superficie: 1.749,9 Km²
Población: 259.013 Hab





Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA II Cartagena



Hospital Referencia	HGSM Rosell HG STA Lucía
UME/s Referencia	UME04 Cartagena Santa Lucía UME09 Mazarrón UME10 La Manga UME13 Cartagena Oeste
SUAP Referencia	SUCAR Cartagena SUDOL Cartagena Los Dolores ASU26 Mazarrón ASU41 La Unión (17 horas)
PACs Referencia	ASU21 Fuente Álamo ASUMA La Manga Pozo Estrecho
SVAE	SVAE2 Rosell

Superficie: 1.175,5 Km²
Población: 283.188 Hab





Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA III Lorca



Hospital Referencia **H Rafael Méndez**

Superficie: **2.410,4 Km²**
Población: **172.100 Hab**

UME/s Referencia **UME03 Lorca**
UME08 Águilas

SUAP Referencia **ASU03 Águilas**
ASU24 Lorca
SUSAN Lorca 2
ASU39 Totana

PACs Referencia **ASU33 Puerto Lumbresas**
ASUPA La Paca
SVAE





Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA V Altiplano



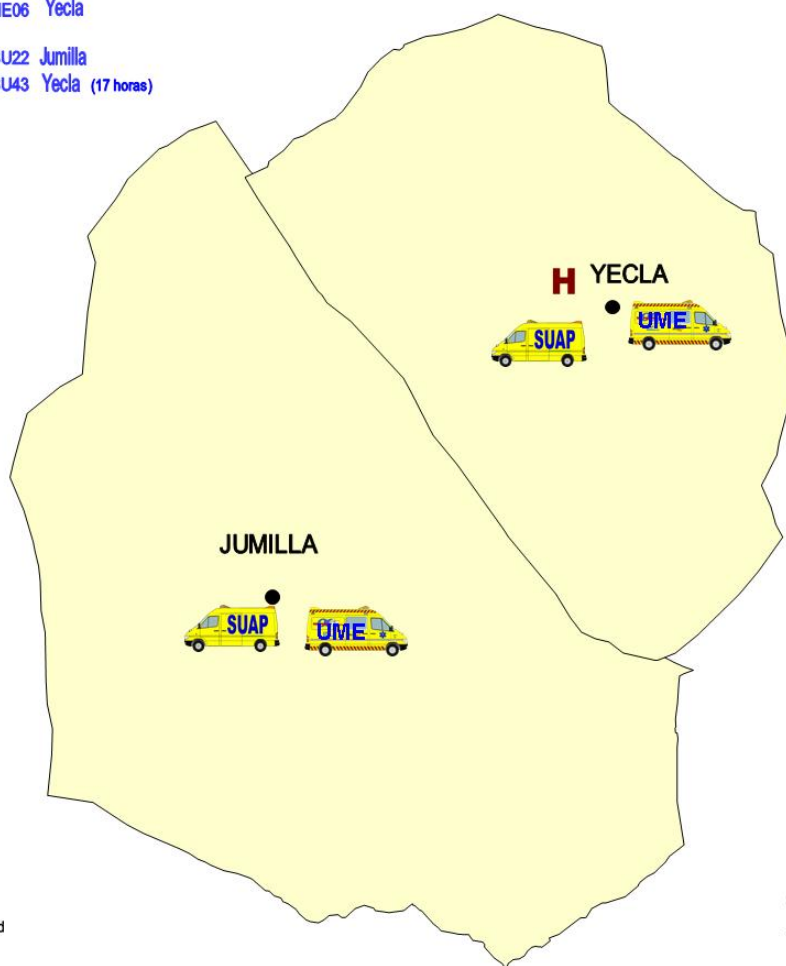
Hospital Referencia **H V Castillo**

Superficie: **1.573,7 Km²**
Población: **60.960 Hab**

UME/s Referencia **UME06 Yecla**

SUAP Referencia **ASU22 Jumilla**
ASU43 Yecla (17 horas)

PACs Referencia



Distribución Recursos Extrahospitalarios

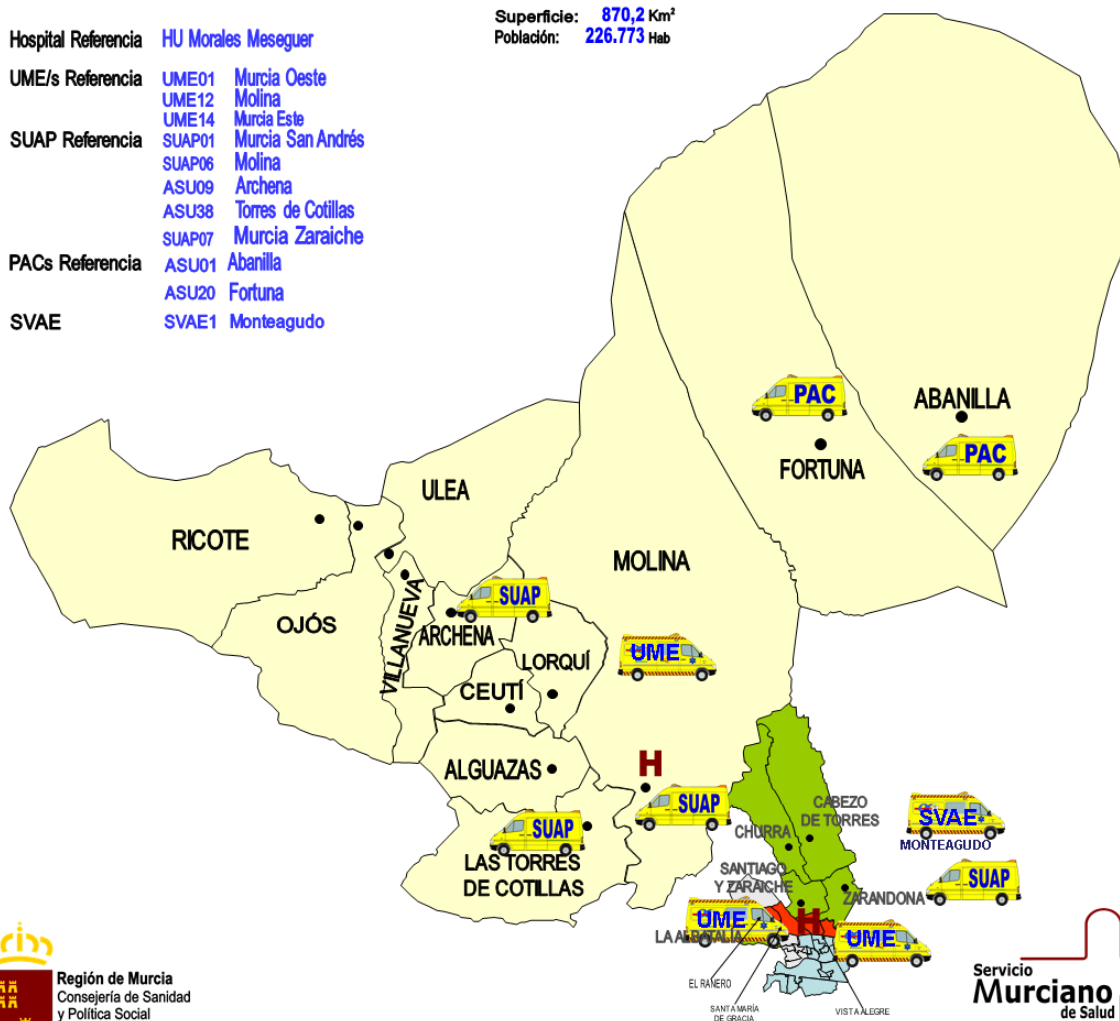
AREA VI Vega Media del Segura



Hospital Referencia HU Morales Meseguer

Superficie: 870,2 Km²
Población: 226.773 Hab

UME/s Referencia UME01 Murcia Oeste
UME12 Molina
UME14 Murcia Este
SUAP Referencia SUAP01 Murcia San Andrés
SUAP06 Molina
ASU09 Archena
ASU38 Torres de Cotillas
SUAP07 Murcia Zairaiche
PACs Referencia ASU01 Abanilla
ASU20 Fortuna
SVAE SVAE1 Monteagudo



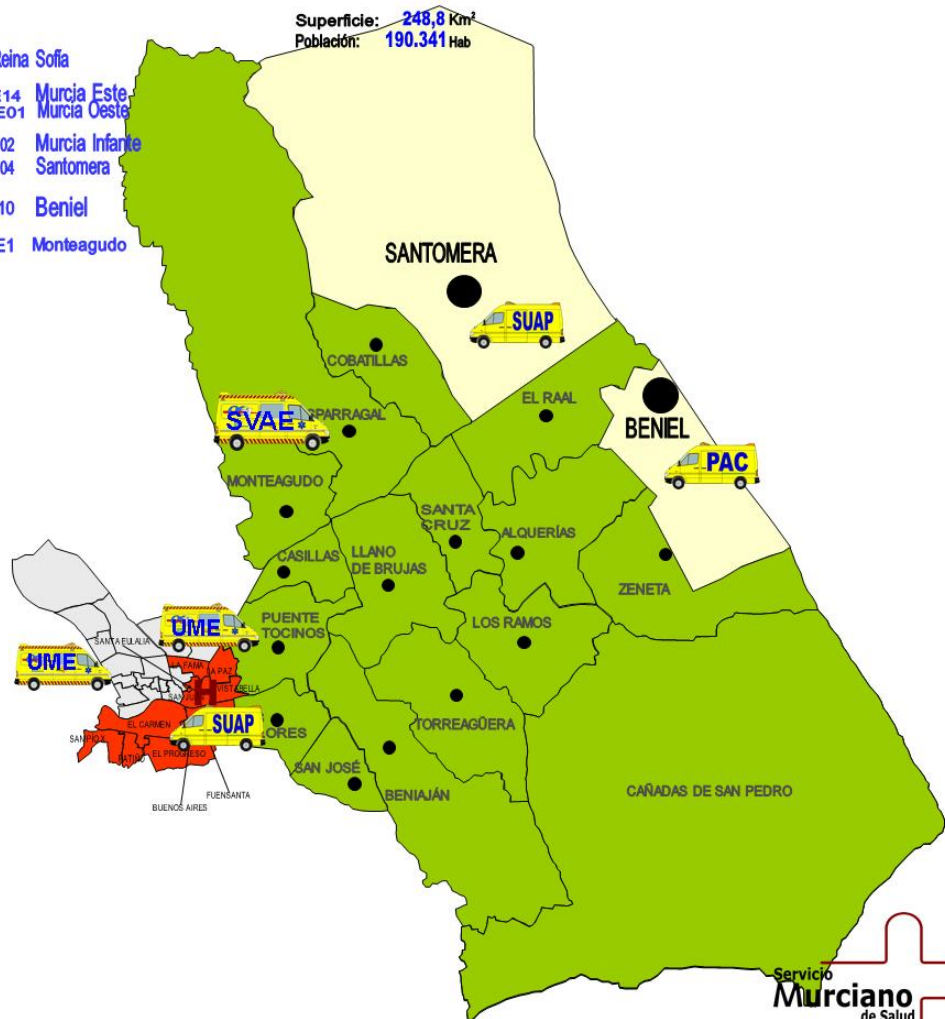


Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA VII Murcia Este



Hospital Referencia	HU Reina Sofía
UME/s Referencia	UME14 Murcia Este UME01 Murcia Oeste
SUAP Referencia	SUAP02 Murcia Infante SUAP04 Santomera
PACs Referencia	ASU10 Beniel
SVAE	SVAE1 Monteagudo





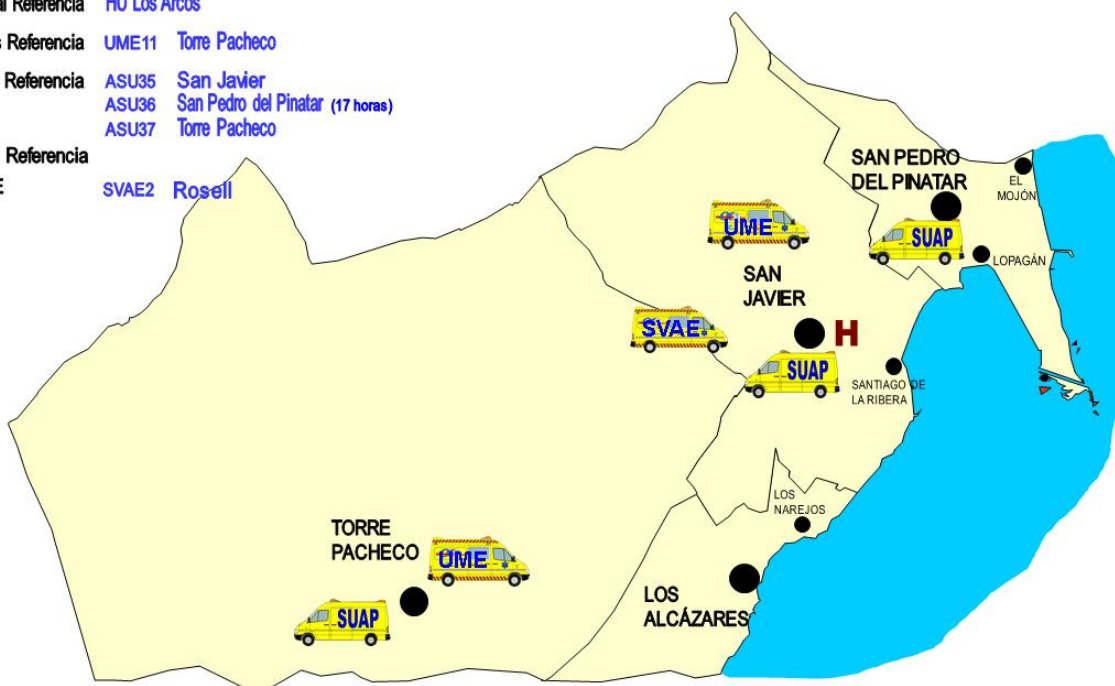
Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA VIII Mar Menor



Superficie: 306,6 Km²
Población: 104.187 Hab

Hospital Referencia HU Los Arcos
UME/s Referencia UME11 Torre Pacheco
SUAP Referencia ASU35 San Javier
ASU36 San Pedro del Pinatar (17 horas)
ASU37 Torre Pacheco
PACs Referencia
SVAE SVAE2 Rosell





Distribución Recursos Extrahospitalarios

AREA IX Vega Alta del Segura



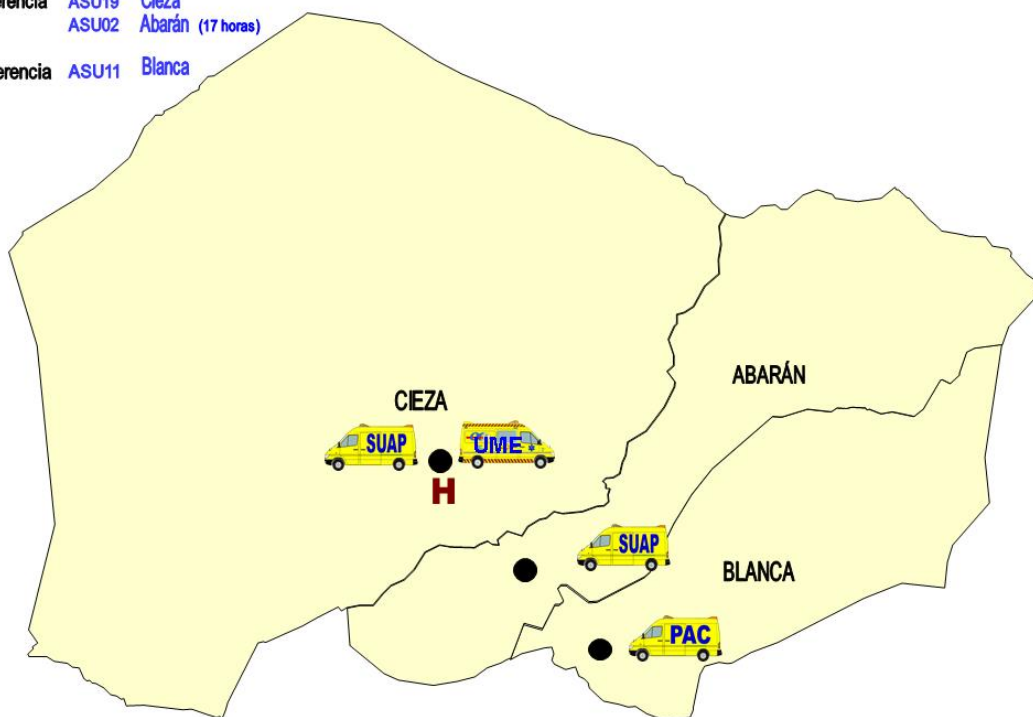
Hospital Referencia **H de la Vega Lorenzo Guirao**

Superficie: **568,3 Km²**
Población: **54,815 Hab**

UME/s Referencia **UME05 Cieza**

SUAP Referencia **ASU19 Cieza**
ASU02 Abarán (17 horas)

PACs Referencia **ASU11 Blanca**



ANEXO 4. ESTRATEGIAS DE REPERFUSION: RECOMENDACIONES SEGÚN EL ÁREA DE SALUD.

Considerando los episodios por Área de Salud, la distribución geográfica de la Región, los tiempos de traslado y los recursos existentes, se establecen con carácter general las siguientes estrategias de reperusión:

- a) Se realizará ANGIOPLASTIA PRIMARIA como tratamiento para pacientes con diagnóstico de SCACEST de menos de 12 horas de evolución cuando el tiempo previsto desde el diagnóstico hasta la angioplastia sea menor de 120 minutos, o cuando existe contraindicación para la fibrinólisis.

Aunque el criterio guía a seguir en todos los casos es realizar la angioplastia en el hospital más cercano, con carácter orientativo se establecen las siguientes recomendaciones:

- Angioplastia primaria en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca: este será el tratamiento inicialmente recomendado para los pacientes que cumplan criterios en las Áreas I, VI, VII, IX, III, IV y V.
- Angioplastia primaria en el Hospital General Universitario Santa Lucía: este será el tratamiento inicialmente recomendado para los pacientes que cumplan criterios de las Areas II y VIII.

- b) Se realizará una **ESTRATEGIA FARMACOVASIVA**, con **FIBRINOLISIS** y traslado, salvo que existan contraindicaciones para el tratamiento trombolítico:

- Cuando la **duración de los síntomas sea inferior a 3 horas** y no pueda realizarse la angioplastia primaria en menos de 120 minutos (porque se estime un tiempo de traslado **superior a 60-90 minutos**, o se realice el diagnóstico de SCACEST en poblaciones más alejadas).

Tras administrar la fibrinólisis se trasladará al paciente al centro de referencia con disponibilidad de Unidad de Hemodinámica.

En los casos de pacientes remitidos para angioplastia primaria se trasladarán directamente a la sala de hemodinámica por el 061. Posteriormente, una vez finalizado el procedimiento, los pacientes procedentes de otras áreas sanitarias serán remitidos a la UCI de su hospital de referencia por el 061, monitorizados.

El traslado tras el procedimiento se realizará previa confirmación de la estabilidad clínica del paciente.

