

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL I.M.A.

M.D. OSCAR CASTAÑO VALENCIA*

Una vez más definimos que en la población Colombiana, los principales factores de riesgo de la enfermedad coronaria encontrados son la obesidad, las dislipidemias y la presión arterial sistémica. Tabla No. I

Diferentes estudios epidemiológicos indican que en los Estados Unidos de 1.200.000 pacientes infartados fallecen 225.000 de los cuales mueren súbitamente 125.000. En el país, de 50.000 infartados, mueren 12.500, de los cuales 6.250 mueren súbitamente. En la Ciudad, Chinchiná, Neira y Villamaría, (área metropolitana) de 3.000 infartados, mueren súbitamente 375 de los cuales, el 30% podrían ser recuperables. Tabla No. II.

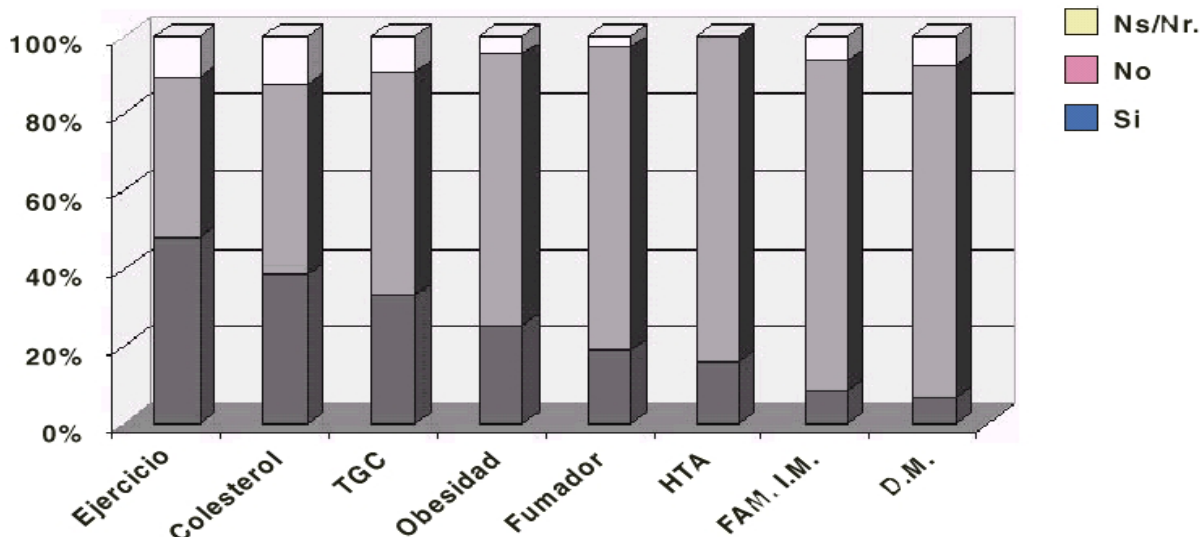
De acuerdo a la medicina basada en la evidencia, se establecen las clases analizadas en la tabla No. III.

Todo paciente, debería ser evaluado mediante un **estudio telemétrico** en la ambulancia que lo transporta desde el sitio en que se infarto hacia la Unidad de Cuidados Coronarios, en donde se le administrará lo contemplado en la tabla No. IV.

Existen cinco medidas terapéuticas, para suministrarle en la ambulancia universalmente aceptadas, las cuales se anotan en las tablas V, VI, VII, VIII y IX. Advirtiéndose que la administración de la **Lidocaina** se justifica en la actualidad, solo en los lugares en donde no se posean recursos para los estudios de arritmias.

Finalmente se encuentran las propuestas que nos permitimos hacer desde la Facultad, no solo a los médicos, sino también, a la comunidad en general.

TABLA I FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN GENERAL



* Médico Cardiólogo, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales. Profesor titular de Cardiología. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina de la Universidad de caldas. e-mail: medicina@um.umanizales.edu.co

TABLA II CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

EE.UU.	Colombia	Área Metropolitana
Each year 1.200.000 people in the United States experience acute M.I. of these, roughly 225.000 die, including 125.000 who die "In the field" before obtaining medical care.	50.000	3.000
Most of these deaths are arrhythmic in etiology.	12.500	750
	6.250 (30% son recuperables)	375 (30% son recuperables)

TABLA III FASE PREHOSPITALARIA

Clase I	Clase IIa	Clase IIb
1. Disponibilidad de fáciles accesos. 2. Disponibilidad de un servicio de emergencia médica con personal idóneo y recursos técnicos adecuados.	1. Disponibilidad de respuesta primaria a la fibrilación ventricular. 2. Educación a los pacientes y familiares sobre factores de riesgo. 3. Educación a los pacientes sobre reconocimiento de los signos y síntomas del Infarto Miocárdico Agudo.	1. Facilidad de estudios telemétricos a partir de la ambulancia de cuidados coronarios ambulatorios. 2. Facilidades de administración de drogas básicas durante el proceso de traslado de los pacientes (oxígeno, analgesia, xylocaina cardiológica muscular, atropina).



TABLA IV RECONOCIMIENTO Y MANEJO DEL IMA EN LOS DEPARTAMENTOS DE EMERGENCIA

Clase I	Medidas de rutina
1. Acelerar los trámites administrativos de ingreso a la Unidad de Cuidados Coronarios. 2. Confirmación electrocardiográfica y enzimática entre los primeros 10 a 30 minutos de ingreso del paciente.	1. Administración de oxígeno, canalización de vena, monitorización electrocardiográfica. 2. La interpretación electrocardiográfica, deberá efectuarse en los primeros 10 minutos de arribo del paciente.



TABLA V ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO

Clase I	Clase IIa	Clase IIb
1. Congestión pulmonar evidente 2. Desaturación de oxígeno arterial, menor del 90%	1. Administración de rutina a todos los pacientes sin complicaciones, durante las primeras 2 a 3 horas.	1. Administración con suplemento de oxígeno a los infartos complicados, después de 3 a 6 horas.

TABLA VI ADMINISTRACIÓN DE ASPIRINA

Clase I	Clase IIb
• Administra dosis de 160 a 325 mg. las cuales se suministrarán después del primer día, continuándola indefinidamente.	• Se administrarán otros agentes antiplaquetarios, tales como el dipiridamol o la ticlopidina en casos de manifestaciones alérgicas a la aspirina.

TABLA VII ADMINISTRACIÓN DE NITROGLICERINA VENOSA

Clase I	Clase IIa	Clase IIb
1. Se administrará a todos los pacientes con diagnóstico de infarto anterior en las primeras 24 a 48 horas. 2. Se continuará su uso después de las 48 horas con angina recurrente o congestión pulmonar persistente.	1. Ninguna	1. Para las primeras 24 a 48 horas en pacientes con IMA que no tengan hipotensión-bradicardia o taquicardia. 2. Se continuará su uso, después de 48 horas en aquellos pacientes que tengan complicaciones de su infarto. 3. Pacientes con presión arterial sistólica, menor de 90mm de mercurio o bradicardia menor de 50 latidos por minuto.

TABLA VIII ADMINISTRACIÓN DE ATROPINA

Clase I	Clase IIa	Clase IIb	Clase III
1. Bradicardia sinusal en los pacientes que tengan signos de hipoperfusión. 2. En infartos de cara inferior con trastornos de conducción acompañados de hipotensión o arritmias ventriculares. 3. Pacientes que después de la administración de nitroglicerina inicial, presentan el síndrome de bradicardia hipotensión. 4. Pacientes que presenten náuseas después de la administración de la morfina o la meperidina. 5. La asistolia ventricular.	1. Pacientes con infarto inferior y bloqueo AV de segundo o tercer grado.	1. Administración concomitante con morfina en presencia de bradicardia sinusal. 2. Pacientes asintomáticos con infarto inferior y bloqueo AV de segundo a tercer grado.	1. Bradicardia sinusal menor a 40 latidos por minuto, con signos y síntomas de hipoperfusión y frecuentes extrasístoles ventriculares.

TABLA IX ADMINISTRACIÓN DE LIDOCAINA

Clase I	Clase Ia	Clase IIa	Clase III
El uso de la lidocaina profiláctica no está recomendado.	Para tratar las extrasístoles ventriculares, pueden utilizarse autoinyectores de lidocaina hidroclorada en dosis de 300mg. por vía intramuscular.	Pueden administrarse bolos de uno a uno y medio por mg. por kilogramo de peso, seguidos de una infusión continua de 2 a 4 mg. por minuto cuando se presenten carreras de taquicardia ventricular.	Puede utilizarse como antiarrítmico profiláctico, cuando se utilizan agentes fibrinolíticos agregados.

PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD DEL IMA PREHOSPITALARIAMENTE

1. Modificar el currículo de nuestras facultades, para enseñarles a nuestros residentes, las pautas de diagnóstico precoz y manejo terapéutico del IMA en la fase pre-hospitalaria.
2. Culturar a nuestra gente sobre los factores de riesgo en nuestra población.
3. Culturar a los pacientes de alto riesgo, sobre las características cualitativas y cuantitativas del dolor precordial, buscando la forma de su consulta precoz.
4. Formar personal paramédico (Vigías de la salud) en el manejo de las drogas pre-hospitalarias y la signología electrocardiográfica precoz.
5. Crear conciencia de pertenencia al personal que maneja las admisiones en las unidades de cuidados coronarios.
6. Dotar las ambulancias con los equipos de telemetría necesarios.
7. Garantizar en las ambulancias de cuidados coronarios, el soporte terapéutico necesario así como también el requerido para las prácticas de reanimación cardíaca.
8. Culturar a los usuarios del transporte de la ciudad, para que permitan el rápido desplazamiento de las ambulancias, en medio del caos vehicular.