



Estratificació del dolor toràcic als Serveis d'Urgències. Importància del temps en la interpretació de l'ECG i l'activació del CODI IAM.

Recomanacions de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències, d'acord amb la Societat Catalana de Cardiologia i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

L'u de juny de 2009, seguint la Instrucció del CatSalut 04/2009, es va posar en marxa el CODI IAM, actualment vigent. Simultàniament, es va crear un Registre Informatitzat dels pacients que complien els criteris del Codi. Aquest registre té una Comissió de Seguiment de la qual la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE) també hi forma part.

Les dades del CODI IAM dels anys 2010 i 2011 posen en evidència els punts de retard en l'activació del CODI IAM objectivant que els resultats finals, quant a temps primer contacte mèdic PCM-Baló, són subòptims (50% dels pacients estan per sobre els 120 min).

De l'anàlisi de les dades que tenim fins ara, se n'extreu que un dels punts febles és el temps entre el primer contacte mèdic i el diagnòstic d'IAMEST amb la conseqüent activació del CODI IAM. És en aquest punt on els metges que treballen en els Serveis d'Urgències tenen un paper essencial, ja que moltes vegades els pacients consulten per dolor precordial a les urgències de primària (15%) o directament a les hospitalàries (38% en hospitals comarcals i 17% en Hospitals amb CODI IAM). Per tant, la rapidesa en el diagnòstic és crucial prèvia a l'activació del CODI IAM.

Diagnòstic

El ràpid diagnòstic d'aquests pacients té dos propòsits:

- identificar de forma ràpida els pacients sense pèrdua de temps en l'activació del CODI IAM
- identificar els pacients amb baixa sospita de malaltia amenaçant

La forma inicial de fer-ho és la realització i lectura d'un ECG en els primers 10 minuts del contacte del pacient amb el Servei mèdic d'urgències i/o emergències. Es tracta d'un mètode que pot, a més d'identificar la isquèmia,

revelar altres patologies greus com arítmies o blocatges de branca dreta aguts en pacients amb sospita de tromboembòlia pulmonar.

La presència d'un **aixecament del segment ST** és el marcador més sensible i específic de l'ECG per diagnosticar la isquèmia aguda, i apareix en el 80-90% dels pacients amb IAM, tot i que aquest aixecament del segment ST tan sols apareix en el 30-40% dels pacients amb dolor toràcic i IAM.

Identificat aquest tipus de pacient ha de seguir la *fast track* de diagnòstic:

- Aixecament ST: **Activació del CODI IAM**
- Altres alteracions el l'ECG: trasllat a Servei o Centre de referència en cada cas
- ECG Normal: Seguir el protocol de diagnòstic de dolor toràcic de cada centre

Accions formatives recomanades

A fi d'aconseguir que la major part de pacients tributaris d'activació del CODI IAM siguin atesos en el mínim temps possible, s'ha de fer per part dels Serveis mèdic d'urgències i/o emergències una labor pedagògica a dos Nivells:

- **Les infermeres de triatge:**
Amb independència del sistema de triatge utilitzat i del nivell d'urgència assignat, les infermeres de triatge han d'estar entrenades en detectar i activar el circuit d'atenció de **tot malalt amb les característiques següents:**
 1. Dolor toràcic o epigàstric no traumàtic amb components típics d'isquèmia miocàrdica:
 - Pressió, constricció, pes retroesternal o barra precordial.
 - Sensació d'opressió, pesadesa, cremor, malestar toràcic, torçó.
 - Indigestió inexplicable, *flatus* epigàstric.
 - Irradiació del dolor a coll, mandíbula, espatlles, esquena o ambdós braços.
 2. Dolor toràcic associat a antecedent personals de cardiopatia isquèmica.
 3. Dolor toràcic associat a dispnea.
 4. Dolor toràcic associat a nàusees i vòmits.
 5. Dolor toràcic associat a diaforesi.
 6. Síncope en malalt diabètic.

(Adaptat de National Heart Attack Program. Emergency Department: rapid identification and treatment of patients with acute myocardial infarction. US Department of Health and Human Services. US Public Health Service. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute; September 1993; NIH Publication No. 93-3278. Also see Table 2 of Anderson JL, et al. J Am Coll Cardiol 2007;50:e1-e157).

Tots aquests malalts han de tenir fet i llegit un ECG en menys de 10 min. La realització d'un ECG en aquests malalts no requereix una prescripció mèdica prèvia.

- **Els metges dels Serveis d'Urgències tant d'Hospital com de Primària:**

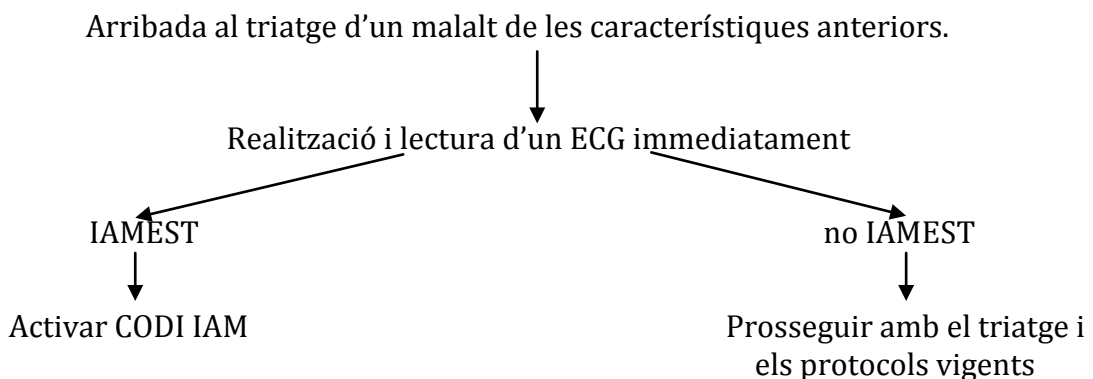
Han de llegir els ECG **de forma ràpida i sempre abans de 10 min comptats des de l'arribada del malalt**, seguint el circuit que cada centre tingui dissenyat. Si es fa el diagnòstic de probable IAMEST, cal seguir el protocol d'actuació de l'IAM a Catalunya activant el CODI IAM, al més aviat possible.

Circuits assistencials recomanats

Molts Serveis d'Urgències Hospitalàries i CUAPs tenen un sistema de triatge i, quasi bé tots, acabaran implantant el programa informatitzat e-PAT basat en el MAT que la mateixa SoCMUE recomana. Els CAPs i el SEM primari han de considerar aquests malalts com una emergència i triar-los per a la seva atenció immediata.

D'acord amb l'organització de cada Servei d'Urgències, la SoCMUE recomana que s'adopti qualsevol de les dues següents "bones pràctiques" per tal d'assolir l'objectiu anterior, tenint en compte que el temps des de l'arribada del pacient al Servei d'Urgències fins a la realització de l'ECG ha de ser, en tot cas, inferior als 10 minuts:

1.- Opció amb triatge a posteriori:



2.- Opció amb triatge a priori:

