

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente con Dolor Torácico o síntomas equivalentes (*) en el que la evaluación clínica sugiere la posibilidad de angina estable definida como aquella que no ha sufrido cambios en su patrón de presentación en el último mes de evolución.

(*) Ocasionalmente, el DT puede no ser el síntoma fundamental, por tratarse de molestias torácicas leves (o inexistentes) con clínica predominante de disnea o de dolor en el brazo con el ejercicio.

Definición funcional: Proceso por el que, tras establecerse la sospecha de angina estable en cualquier punto del SSPA (generalmente en el medio extrahospitalario), se dan los pasos necesarios para su confirmación y correcto tratamiento, en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Una vez instaurado dicho tratamiento, se asegurará la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en consultas de Atención Primaria (AP) y/o Especializada (AE).

Límite de entrada: Pacientes con patrón clínico de angina estable que contactan con el SSPA, a través de las siguientes vías de entrada: (1) A través de Urgencias (ocasionalmente): es la vía de entrada menos frecuente en este proceso. No obstante, es usada algunas veces, cuando el paciente consulta por un dolor torácico de angina estable en un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), o recurre a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

o bien llama al 061 (vías de entrada 1A, 1B y 1C, respectivamente). (2) A través de su Médico de Familia: el paciente, presentando síntomas de angina desde hace algún tiempo, decide consultar a su Médico de Familia. Esto puede ocurrir con o sin el diagnóstico previamente establecido de angina estable, o bien tras la estabilización de una angina inestable previa. Otro límite de entrada posible sería cuando un paciente hospitalizado por otro motivo presenta un episodio de dolor torácico compatible con angina estable. Para simplificar este documento, esta vía no será desarrollada, ya que las actuaciones serían análogas a las descritas en la entrada 1A (a través de un SCCU-H), con la salvedad de que serían realizadas por el personal de guardia correspondiente.

Límite final: Tras la confirmación diagnóstica, el tratamiento oportuno y la verificación de la estabilidad del proceso, se incluye al paciente en Programas de Prevención Secundaria (PPS) y se procede al seguimiento ambulatorio a largo plazo del mismo.

Límites marginales: La inestabilización de la angina o el desarrollo posterior de IAM serán considerados límites marginales y no se abordarán en este documento, sino en sus procesos específicos correspondientes. También serán considerados límites marginales todas las causas de dolor torácico anginoso sin lesiones coronarias: síndrome X, dolor torácico de la estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica o cualquier otra causa diferente a la enfermedad coronaria. Los pacientes asintomáticos con isquemia silente tampoco serán abordados específicamente en este proceso. Finalmente, también serán considerados límites marginales los pacientes pediátricos con angina debida a anomalías coronarias congénitas.

Observaciones: Como se ha comentado previamente, éste es un proceso más propio del ámbito extrahospitalario y, por tanto, su vía de entrada natural es la número 2: Médico de Familia (quien posteriormente conecta con las consultas de Cardiología correspondientes). Sin embargo, también mantenemos en este documento las vías de entrada urgentes 1A, 1B, 1C (correspondientes al SCCU-H, DCCU-AP y 061, respectivamente), por 2 motivos: porque también son usadas (aunque con menos frecuencia) y por mantener una estructura homogénea con el resto de procesos desarrollados: Dolor Torácico genérico o sin filiar, Angina Inestable, IAM, Síndrome Aórtico Agudo y TEP.