

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental es el dolor torácico (DT) no traumático, o síntomas equivalentes (*), de causa potencialmente grave.

(*) Ocasionalmente, el DT puede no ser el síntoma fundamental, por tratarse de molestias torácicas leves (o inexistentes) con clínica predominante de disnea de aparición brusca o síncope.

Definición funcional: Proceso por el que, tras consultar el paciente por Dolor Torácico en cualquier punto del SSPA, se dan los pasos necesarios para una primera e inmediata estratificación de riesgo basada en datos clínicos y completada con las exploraciones complementarias pertinentes en cada caso, de forma que se obtenga el diagnóstico definitivo en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Una vez alcanzado el diagnóstico, se procederá inmediatamente al tratamiento más adecuado según las diversas etiologías que lo pueden causar, asegurando al mismo tiempo la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en consultas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite de entrada: Consulta inicial del paciente por Dolor Torácico en el SSPA con 4 vías de entrada diferentes: (1) A través de Urgencias: El paciente presenta dolor torácico en ese momento y acude a 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: Generalmente, el paciente que consulta con su Médico de Familia, no presenta dolor torácico en ese mismo momento, sino que viene presentando episodios de molestias torácicas desde hace un determinado tiempo. Ocasionalmente, esta vía de entrada es utilizada también por pacientes con dolor

torácico agudo. Otro límite de entrada posible sería cuando un paciente hospitalizado por otro motivo presenta dolor torácico. 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: 3 posibles límites finales: 1a, 1b y 2. Cuando se consigue la filiación etiológica del dolor torácico caben 2 posibles límites finales: 1a. El proceso no es potencialmente grave y puede permitir tratamiento directo, por la misma persona que lo ha atendido, con solución del problema y remisión para asegurar su continuidad asistencial a Atención Primaria. Éste es el límite final en casos como: gran parte de los dolores de origen parietal (patología osteo-articular o músculo-esquelética, Herpes Zoster), los trastornos psicósomáticos o funcionales, pericarditis no complicada, etc. 1b. El proceso es potencialmente grave: IAM, angina inestable, angina estable, síndrome aórtico agudo (SAA, que engloba disección aórtica, hematoma aórtico intramural, úlcera aórtica penetrante, aneurisma aórtico expansivo) y tromboembolismo pulmonar (TEP). En este caso, el límite final enlaza con el límite de entrada de cada uno de estos procesos, que serán desarrollados conjuntamente. 2. Cuando no se consigue la filiación etiológica del dolor torácico, pero se ha descartado razonablemente que se deba a un proceso potencialmente grave. Éste es el caso de los “dolores torácicos inespecíficos” (sin datos objetivos de patología alguna), cuya continuidad asistencial quedará asegurada mediante su remisión a Atención Primaria.

Límite marginales: Otras causas de dolor torácico (ver Tabla 1) que, por su naturaleza, serán abordadas específicamente en otros procesos. Serán considerados límites marginales de este proceso otras causas de dolor torácico de origen *digestivo*, *patología mamaria*, así como dolores torácicos *de origen respiratorio* (a excepción del TEP), que formarán parte de otros procesos específicos: neumotórax, asma, neumonía, pleuritis, traqueo-bronquitis, mediastinitis, patología tumoral, pleuro-pulmonar o mediastínica. Estos procesos deberán ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor torácico, aunque no sean desarrollados en este documento.

Observaciones: Dada la gran amplitud del concepto “dolor torácico”, y teniendo en cuenta que incluye varios procesos de gran trascendencia en cuanto a prevalencia y/o gravedad, se considera necesario desarrollar conjuntamente el Proceso Dolor Torácico Genérico (sin filiar) y, simultáneamente, las principales causas cardiovasculares del mismo (ver Tabla 1) como procesos específicos independientes: IAM con elevación del ST (IAMST), Angina Inestable e IAM sin elevación del ST (AI/IAMNST), Angina Estable, SAA y TEP. En resumen, se ha elaborado un conjunto de 6 procesos relacionados con el dolor torácico. En el documento actual se desarrolla el Proceso Dolor Torácico Genérico (sin filiar), y en otros 5 documentos adjuntos se abordan cada uno de los 5 procesos específicos previamente mencionados.

Las actividades de Enfermería se van mencionando a lo largo del Proceso, junto con el resto de actividades. No obstante, los Planes de Cuidados de Enfermería se describen de forma más detallada en un subproceso independiente (ver Subproceso Planes de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave).