

# ● dolor torácico genérico

## Definición funcional

Proceso por el que, tras consultar el paciente por dolor torácico (DT) en cualquier punto del Sistema Sanitario Público de Andalucía (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 Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

## Normas de calidad

- En el medio extrahospitalario debe realizarse una correcta identificación del DT potencialmente grave y urgente que debe ser remitido al Hospital de referencia.
- Los pacientes con DT agudo deben ser atendidos en un entorno dotado con desfibrilador y medios de reanimación cardiopulmonar. En caso de que se requiera trasladar a estos pacientes, el medio de transporte debe de estar igualmente dotado de dichos medios.
- En caso de pacientes con riesgo vital, el transporte se hará mediante la ambulancia medicalizada más rápidamente disponible (del 061 o de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria –DCCU-AP-) con personal sanitario entrenado y condiciones de traslado protocolizadas.
- La evaluación inicial urgente del paciente con DT se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida: (a) Anamnesis dirigida al DT, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares; (b) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o insuficiencia cardíaca) y (c) Análisis de ECG.
- El tiempo que transcurre desde que el paciente consulta de urgencias por DT agudo en cualquier nivel asistencial hasta que recibe su primera asistencia médica, será inferior a 10' en casos de DT persistente e inferior a 30' si el DT ya ha cedido.
- De forma análoga a lo referido en el párrafo anterior, en caso de DT persistente, el ECG estará realizado en los primeros 5 minutos e interpretado en los 10 primeros minutos desde la llegada del paciente. Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará en los primeros 30 minutos.
- En centros con Laboratorio central de análisis clínicos, los resultados de los marcadores séricos de daño miocárdico deben estar disponibles antes de 60' y preferiblemente antes de 30' desde su extracción. En algunos puntos seleccionados del SSPA que no dispongan de un Laboratorio próximo, habrá que considerar el uso de sistemas "Point of Care", con determinación **in situ** de los marcadores séricos de daño miocárdico en menos de 10'.

## [dolor torácico genérico]

- Ante todo DT con indicios de gravedad, se adoptarán las siguientes medidas generales: (1) Monitorización ECG. (2) Cercanía a desfibrilador y medios de reanimación cardiopulmonar (RCP). (3) Reposo. (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para analítica basal urgente. (5) Evitar inyecciones intramusculares. (6) Pulsioximetría. (7) Oxigenoterapia. (8) Aliviar rápidamente el DT mediante nitroglicerina sublingual (NTG s.l.) y analgésicos convencionales o mórficos i.v. si precisa. (9) Considerar sedación. (10) Administrar 160-325 mg de ácido acetilsalicílico (AAS), salvo contraindicaciones.
- En los pacientes sin datos de necrosis o isquemia miocárdica aguda en la evaluación inicial y con sospecha de cardiopatía isquémica como causa del DT, se programará la realización de un test de isquemia miocárdica (TIM). El TIM se realizará mediante ergometría en pacientes capaces de deambular y con repolarización del ECG interpretable; en caso contrario, puede optarse por un TIM basado en una técnica de imagen (gammagrafía de perfusión miocárdica o ecocardiograma de stress) o considerar una coronariografía no invasiva mediante TC multicorte.
- Se plantearán otras exploraciones complementarias en función de diagnósticos alternativos. En concreto, se recomienda la realización de un ecocardiograma si se sospecha que el DT puede deberse a otra cardiopatía (pericarditis, miocardiopatía hipertrófica, etc.) o si se sospecha disfunción ventricular isquémica (cardiomegalia, signos-síntomas de fallo VI, soplos cardíacos).
- En cualquier nivel asistencial, tras atender a un paciente con DT, se emitirá un informe clínico donde se especifique claramente: nivel diagnóstico alcanzado, exploraciones pendientes de realizar con sus fechas correspondientes y con indicación explícita del lugar y fecha de revisión, para garantizar la continuidad asistencial. Debe especificarse igualmente el tratamiento, incluyendo normas preventivas y recomendaciones higiénico-dietéticas. Teniendo en cuenta que la estratificación de posibles futuros eventos coronarios de estos pacientes se basa en gran medida en cambios del ECG, éste debe ser descrito explícitamente y/o adjuntarse una copia del mismo.
- Si se ha filiado el dolor torácico y era debido a una causa potencialmente grave (por ejemplo, cualquier forma de cardiopatía isquémica), se incluirá al enfermo en las bases de datos de pacientes con antecedentes cardiovasculares (tipo "Programa Corazón"), de forma que si estos pacientes tienen que activar en el futuro los sistemas de emergencia sanitaria (061), se facilite la toma de decisiones y se acorten los tiempos de asistencia.

### NORMAS DE CALIDAD INCLUIDAS EN EL CONTRATO PROGRAMA CONSEJERÍA-SAS

1. Cada centro sanitario proporcionará los resultados obtenidos de la evaluación anual de los tiempos medios de respuesta alcanzados en la atención al paciente con DT, desde que demanda asistencia hasta que ésta se inicia. El estándar sería < 10' (en casos de DT persistente) y <30' (si el DT ya ha cedido).

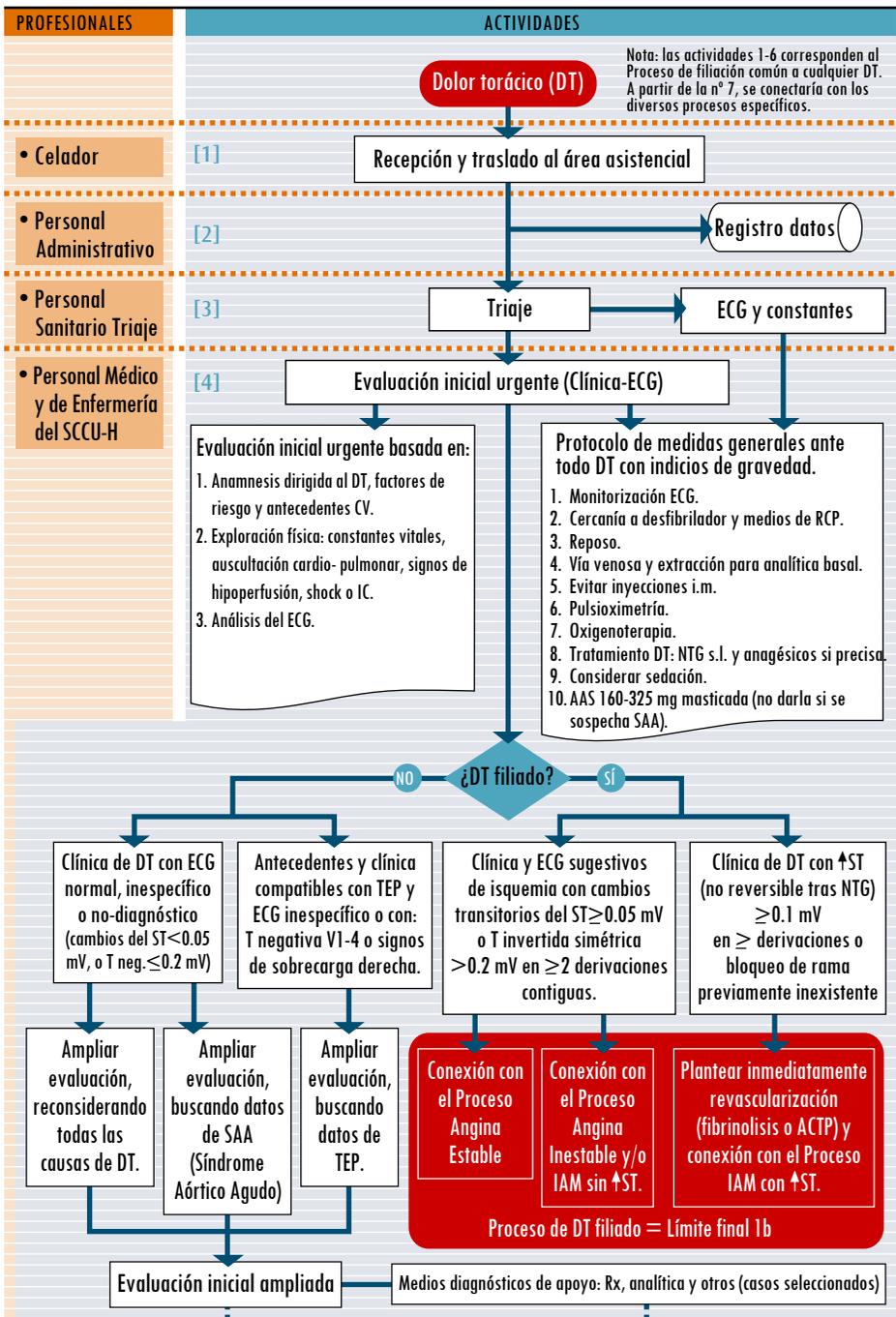
2. Cualquier punto del Sistema Sanitario Público de Andalucía donde se atiendan pacientes con DT agudo (incluyendo DCCU-AP, SCCUH, así como las ambulancias destinadas al transporte de estos pacientes), estará dotado con desfibrilador (monitor-desfibrilador o desfibrilador externo automático-DEA) y medios de Reanimación Cardiopulmonar.



# [dolor torácico genérico]

## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Dolor Torácico. Vía de entrada 1a: SCCU-H

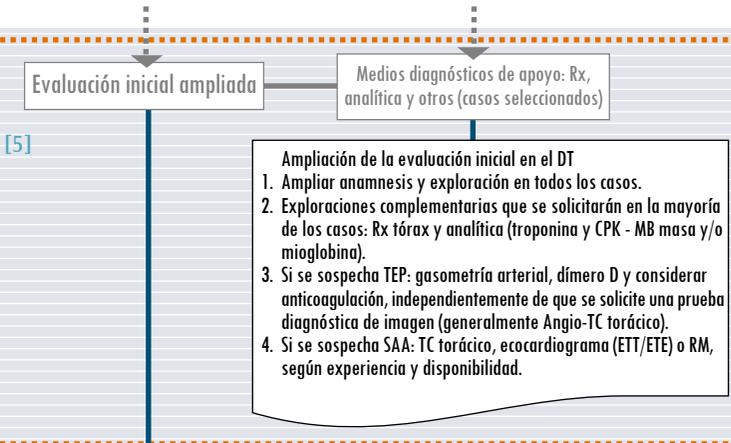


# [dolor torácico genérico]

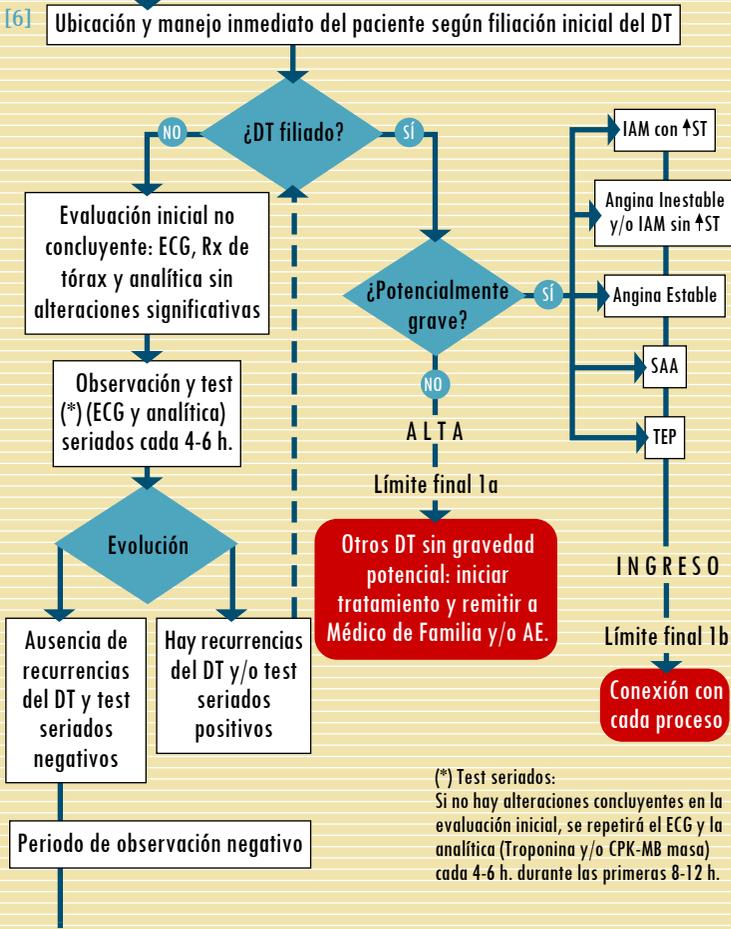
## [ ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 ]

Dolor Torácico. Vía de entrada 1a: SCCU-H

• Personal Médico del del SCCU-H



• Según Protocolo Interservicios del Hospital

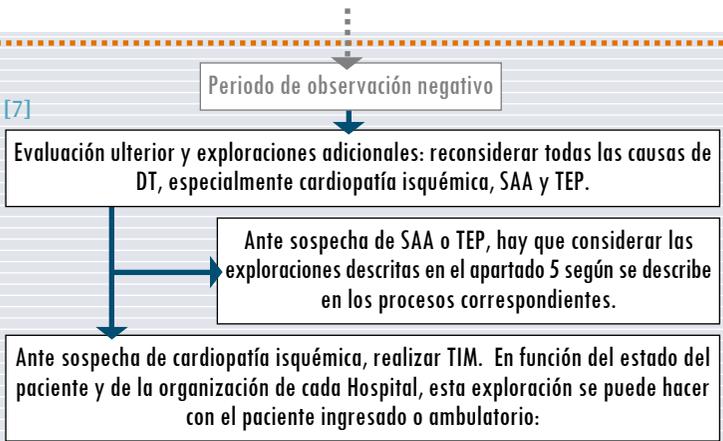


# [dolor torácico genérico]

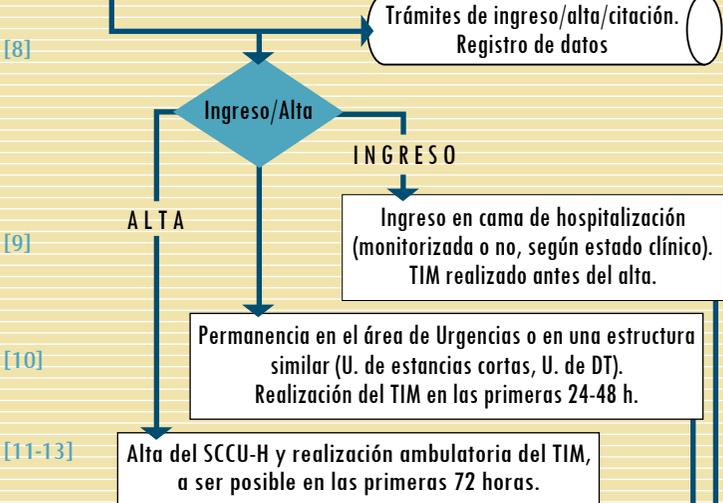
## [ ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 ]

Dolor Torácico. Vía de entrada 1a: SCCU-H

• Según Protocolo Interservicios del Hospital



• Unidad de Atención al Usuario del Hospital



[13]  No enviar nunca estos casos desde el SCCU-H al Médico de Familia, con la indicación de que él gestione la ergometría, ya que ello añadiría varios pasos innecesarios:

- (1) Unidad de Atención al Usuario de AP.
- (2) Médico de AP.
- (3) Unidad de Atención al Usuario de AE.
- (4) Consultas de AE.
- (5) Solicitud de ergometría.
- (6) Unidad de Atención al Usuario de AE.
- (7) Cita para ergometría.

[12] Mediante citación directa para el TIM autogestionada por una Unidad de DT

[11] Mediante citación previa en una Consulta de Cardiología, para valorar las posibles exploraciones necesarias, entre ellas un TIM

• Cardiólogo



# [dolor torácico genérico]

## [ ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 ]

Dolor Torácico. Vía de entrada 1a: SCCU-H

