

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación. Proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental es el dolor torácico (DT) no traumático, en el que la evaluación clínica inicial sugiere isquemia miocárdica aguda y en el ECG aparece elevación persistente del ST o BRIHH de nueva aparición.

(*) 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, síncope, síntomas neurológicos o parada cardiorrespiratoria (PCR).

Definición funcional: Proceso por el que, tras consultar el paciente por Dolor Torácico en cualquier punto del SSPA, se establece una sospecha clínica de IAM con elevación de ST y ésta es confirmada con las exploraciones complementarias pertinentes (ECG y marcadores bioquímicos), 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 y a los cuidados más adecuados, incluyendo la estabilización clínico-hemodinámica del paciente, el tratamiento revascularizador, antitrombótico y antiisquémico, y la estratificación de riesgo post-infarto*. Asimismo, se procederá a la inclusión y desarrollo de los Programas de *Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca* que sean adecuados (ver Subproceso PPS y RC), asegurando finalmente la *continuidad asistencial*, mediante el seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP), así como a través de los programas y actividades que se establezcan en Atención Primaria y las desarrolladas por las unidades de PPS y RC, y asociaciones y clubes coronarios.

Límite de entrada: Momento en el que se establece la sospecha de IAM con elevación del ST o BRIHH de nueva aparición, ante un paciente que ha consultado por dolor torácico en el SSPA a través de 4 vías de entrada diferentes:

- (1) A través de Urgencias:** El paciente 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:** El paciente consulta a su Médico de Familia (*vía de entrada 2*).

Otro Límite de Entrada posible sería cuando un paciente hospitalizado por otro motivo presenta un IAMST. 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 confirmar el IAM, y recibir el tratamiento adecuado (revascularizador, antitrombótico y antiisquémico), se incluye al paciente en Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPS y RC), y se procede a la estratificación de riesgo previa al alta, tras lo cual se asegura la continuidad asistencial, mediante su seguimiento en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límites marginales del proceso IAM con elevación del ST:

- 1:** Los IAMST que cursan en el seno de otros procesos (cirugía, intervencionismo coronario).
- 2:** Cualquier complicación en el curso del IAMST (eléctricas, mecánicas, etc.)
- 3:** Pacientes con DT y elevación del ST en los que no se confirma el infarto (aneurismas ventriculares, angina variante, etc.)

Observaciones: De acuerdo con las guías de práctica clínica (GPC) actuales, los síndromes coronarios agudos (SCA) se dividen en dos grupos. Por una parte, los pacientes con angina inestable o infarto agudo sin elevación del ST (AI/IAMNST), que se desarrollan en otro proceso y, por otra, los infartos agudos de miocardio con elevación del ST (IAMST). Todos estos términos se definen en el glosario que se encuentra al final de este documento.

El objetivo del tratamiento inicial del IAMST está enfocado, por un lado, a abrir la arteria coronaria ocluida, de forma precoz y, por otro, a evitar la muerte arrítmica que con frecuencia ocurre en las primeras horas del inicio de los síntomas.

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 de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave). Las actividades de los Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPS y RC), también se detallan en un subproceso independiente.