

4 COMPONENTES

Profesionales. Actividades. Características de calidad

1.A. Entrada a través de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H)

Nota: Las actividades iniciales 1-6 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT potencialmente grave y son análogas para las 4 vías de entrada. Por tanto, son exactamente coincidentes con los pasos 1-6 del Proceso Dolor Torácico (DT Genérico o DT sin filiar). A partir de la número 7, se desarrollan las actividades específicas del SAA en el ámbito hospitalario.

Celadores de la Puerta de Urgencias

Actividades	Características de calidad
1. Recepción y traslado del paciente	<ul style="list-style-type: none">1.1. Traslado inmediato, sin demora, del paciente desde la Puerta de Urgencias del Hospital hasta la zona de atención sanitaria del área de Urgencias.1.2. El traslado se realizará en silla de ruedas o en camilla, y evitando siempre que el paciente realice esfuerzo alguno.1.3. Trato amable y correcto con el paciente y su familia.1.4. El paciente deberá ser recibido por personal experimentado en esta labor.

Personal Administrativo de la Unidad de Atención al Usuario

Actividades	Características de calidad
2. Registro de datos del paciente	<p>2.1. El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia. En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se establezca o se hará a través de algún familiar o acompañante.</p> <p>2.2. La entrada y registro del paciente debe estar coordinada para facilitar la atención rápida y la disponibilidad de datos del paciente lo antes posible.</p> <p>2.3. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de los pacientes, correctamente identificados, sin errores.</p> <p>2.4. Trato amable y correcto.</p>

Personal Sanitario encargado del Triage en la Puerta de Urgencias

Actividades	Características de calidad
3. Triage: Preevaluación de gravedad para atención inmediata o diferida	<p>3.1. El profesional encargado del triaje debe tener la suficiente capacidad y experiencia.</p> <p>3.2. Existencia de protocolos básicos de estratificación de riesgo tipo NHAAP (National Heart Attack Alert Program), modificados y ampliados.</p> <p>3.3. En los casos definidos de alto riesgo, según los protocolos previos, el personal del triaje: (1) Se anticipará en solicitar un ECG y las constantes vitales. (2) Requerirá asistencia médica urgente.</p> <p>3.4. Existencia de un circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia.</p>

Personal Médico y de Enfermería del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
4. Evaluación inicial (inmediata) de gravedad/urgencia	<p>4.1. La evaluación inicial de un paciente que consulta por dolor torácico agudo, persistente y con indicios de gravedad, se hará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG.</p> <p>4.2. Para evitar demoras, la evaluación inicial se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida:</p>

- (1) Anamnesis dirigida (enfocada al dolor torácico, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares).
 - (2) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC).
 - (3) Interpretación del ECG.
- 4.3. Esta evaluación inicial tendrá el objetivo concreto de estratificar el riesgo inicial del paciente, por lo que será una evaluación dirigida, en la que siempre se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, síndrome aórtico agudo (disección aórtica/hematoma aórtico intramural/úlcera aórtica penetrante/aneurisma aórtico expansivo) y TEP.
- 4.4. El ECG será practicado siempre, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo, descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave.
- 4.5. El ECG de 12 derivaciones estará realizado en los primeros 5 minutos e interpretado dentro de los 10 primeros minutos desde la llegada del paciente, en casos con dolor torácico (DT) persistente. Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos).
- 4.6. La evaluación inicial deberá ser realizada por personal adecuadamente entrenado en la valoración de estos pacientes y en la interpretación del ECG.
- 4.7. Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo dolor torácico con indicios de gravedad estarán protocolizadas e incluirán:
- (1) Monitorización ECG.
 - (2) Cercanía (relativa) a desfibrilador y medios de RCP.
 - (3) Reposo.
 - (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para analítica basal urgente. Teniendo en cuenta la posibilidad de una fibrinólisis posterior, esta vía será fácilmente compresible y deberá ser canalizada por personal experimentado, de forma que se eviten punciones repetidas.
 - (5) Evitar inyecciones i.m.
 - (6) Pulsioximetría.
 - (7) Oxigenoterapia.
 - (8) Tratamiento del dolor torácico: siempre se tratará de aliviar rápidamente el dolor torácico, generalmente mediante nitroglicerina (NTG) sublingual y analgésicos

convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran.

- (9) Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.
- (10) AAS (ver nota posterior &).

4.8. Puesta en marcha de las medidas terapéuticas específicas, tan pronto se sospeche una etiología concreta del dolor torácico (enlace con los respectivos procesos, descritos separadamente). Si se sospecha cardiopatía isquémica (&), administrar inmediatamente NTG sublingual y AAS (160 a 325 mg, masticada), salvo contraindicación. Si se sospecha TEP, considerar anticoagulación urgente, salvo contraindicaciones. Si se sospecha SAA, usar mórficos para calmar el DT, no administrar antiagregantes plaquetarios y administrar tratamiento beta-bloqueante e hipotensor.

(&) Nota: Como la cardiopatía isquémica es la causa más frecuente del DT potencialmente grave, la administración de NTG y la AAS suele estar incluida dentro de las medidas generales en la mayoría de protocolos de dolor torácico.

Personal Médico y de Enfermería del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
5. Ampliación de la evaluación inicial	<p>5.1. Si la evaluación inicial no es concluyente, se ampliará mediante una evaluación ulterior que incluirá: ampliación de la historia clínica y de la exploración física iniciales, junto con la solicitud de las exploraciones complementarias pertinentes. En la mayoría de los casos, estas exploraciones consistirán en: ECGs seriados (especialmente si el DT persiste), Rx de tórax y analítica (incluyendo marcadores séricos de daño miocárdico). En casos seleccionados, se considerarán otras exploraciones complementarias específicas.</p> <p>5.2. Respecto a los marcadores séricos de daño miocárdico, se usará siempre la troponina (T o I) y al menos un segundo marcador: CPK-MB masa y/o mioglobina. Se recomienda el uso de la mioglobina, si el paciente se presenta antes de las primeras 6 h. desde el comienzo del DT pero, por su falta de especificidad, no debe usarse aislado, sino con algún otro marcador (troponina y/o CPK-MB masa). La ausencia de mioglobina en sangre es muy útil para descartar precozmente la existencia de IAM. Para la detección inicial de daño miocárdico, son poco útiles otros marcadores como: GOT/AST, GPT/ALT y LDH, por lo que no deben ser usados de forma rutinaria.</p>

- 5.3. Cuando se usa un laboratorio central para medir los marcadores séricos de daño miocárdico, los resultados deben estar disponibles entre los 30' y los 60' de la extracción. Los sistemas Point-of-Care suponen una alternativa al proporcionar los resultados más rápidamente (10') y en la cabecera del paciente. Deben considerarse cuando no se disponga de un laboratorio central en menos de 1 hora. Sin embargo, su mayor coste no permite recomendar su uso generalizado, aunque pueden ser útiles en algunos puntos seleccionados del SSPA. En aquellos puntos donde se usen estos sistemas Point-of-Care, deben efectuarse los correspondientes controles de calidad por parte del laboratorio del centro de referencia.
- 5.4. Si se sospecha TEP se solicitará Dímero D (por técnica ELISA), gasometría arterial, y se considerará anticoagulación urgente salvo contraindicaciones, independientemente de que se solicite una prueba diagnóstica de imagen (generalmente Angio-TC torácico).
- 5.5. Si se sospecha un SAA, tras buscar los datos clínicos que se describen en el apartado correspondiente (7.2 del proceso SAA) y estabilizar al paciente, se solicitará una prueba diagnóstica de imagen: TC, ecocardiograma transtorácico (ETT) y/o transesofágico (ETE) o resonancia magnética (RM), según experiencia y disponibilidad.
- 5.6. En cualquier caso, informar al paciente y familia sobre el proceso. La información al paciente le será proporcionada por el mismo personal sanitario que lo atiende. Para mantener informada a la familia periódicamente, sin causar interrupciones frecuentes al personal sanitario de Urgencias, este servicio podrá efectuarse a través de la Unidad de Atención al Usuario (UAU). En cualquier caso, una vez evaluado el paciente, su médico responsable en el área de Urgencias se dará a conocer a la familia y le proporcionará información clínica sobre el paciente. La actividad de la UAU debe comenzar desde el mismo momento en que el paciente y su familia llegan al SCCU-H y sus funciones deben realizarse con las siguientes características de calidad:
- (1) Deben tranquilizar a los familiares asegurando la correcta atención al paciente.
 - (2) Informar del proceso de atención general al paciente.
 - (3) Informar de los cauces de información y los plazos en que ésta se irá produciendo.
 - (4) Informar sobre dónde pueden esperar, cuándo pueden

- ver al paciente, y de las posibles ayudas por parte del Trabajador Social (alojamiento, etc).
- (5) Recabar información sobre la forma de localización para el caso de necesitar contactar con familiares.
 - (6) Contactar con el personal sanitario que atiende al paciente para trasladar información preliminar sobre su estado.
 - (7) Toda esta información se deberá realizar en un lugar adecuado, preservando la intimidad.

Personal Sanitario del SCCU-H, junto con Personal Médico de Cardiología o MI (según Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT</p>	<p>6.1. La ubicación de los pacientes que consultan por DT, se efectuará en función de los resultados de su evaluación inicial y siguiendo las instrucciones de un Protocolo Interservicios del Centro, donde se establezcan los criterios de ingreso en las unidades monitorizadas existentes (Unidad Coronaria/UCl/Unidades de Cuidados Intermedios/Unidades con monitorización telemétrica, etc.), así como en las áreas de hospitalización convencionales. También deben estar protocolizadas las condiciones de traslado a la Unidad Coronaria/UCl de los pacientes en estado crítico: estos traslados deben efectuarse de forma inmediata, bajo monitorización y acompañado de personal médico, de Enfermería y de un Celador.</p> <p>6.2. Si se ha conseguido filiar el DT, y éste es potencialmente grave, el paciente será ingresado, salvo en el caso de la angina estable que suele ser manejada ambulatoriamente. El ingreso se hará en cama monitorizada o no (según situación clínica), y se seguirán los pasos descritos en cada uno de los procesos correspondientes. Por tanto, este punto correspondería al límite final (1b) del Proceso Dolor Torácico y, al mismo tiempo, sería el límite de entrada de los procesos: IAM con elevación del ST, Angina Inestable y/o IAM sin elevación del ST, Angina Estable, Síndrome Aórtico Agudo o TEP.</p> <p>6.3. Si se ha conseguido filiar el DT y, éste no era potencialmente grave, el paciente podrá ser dado de alta del SCCU-H (con un</p>

tratamiento inicial) y ser remitido para su seguimiento ambulatorio por parte de su Médico de Familia y/o AE. Este punto correspondería al límite final (1a) del Proceso Dolor Torácico.

6.4. Si, tras la evaluación inicial, no hay datos concluyentes que permitan la filiación del DT ni descartar razonablemente su gravedad potencial es recomendable mantener al paciente en una sala de observación del área de Urgencias o estructura similar. Esta situación es muy frecuente y suele ocurrir cuando el ECG, la Rx de tórax y la analítica iniciales (además de otras posibles exploraciones en casos seleccionados) no presentan alteraciones significativas. En la mayoría de estos casos, se sospecha cardiopatía isquémica, por lo que el ECG y la analítica (troponina y al menos otro marcador miocárdico: CPK-MB masa y/o mioglobina) se repetirán, habitualmente cada 4-6 horas (rango 3-8 h.) durante las 8-12 primeras horas. En una minoría de casos, con sospecha clínica de TEP o SAA, se considerará solicitar alguna de las exploraciones descritas previamente en el apartado 5.

6.5. En cualquier caso, se volverá a informar al paciente y a la familia sobre el proceso.

Nota: Las actividades 7-14 son específicas para el Proceso Síndrome Aórtico Agudo y comienzan tan pronto surge una sospecha clínica de síndrome aórtico agudo, lo cual puede ocurrir a lo largo de cualquiera de las actividades previas 4, 5 ó 6.

Personal Sanitario del SCCU-H, junto con Personal Médico de Cardiología o MI (según Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>7. Evaluación clínica ulterior, exploraciones adicionales y tratamiento inicial</p>	<p>7.1. Dada la gran variedad de formas de presentación clínica del SAA, éste puede ser sospechado en diversos momentos del proceso asistencial: precozmente en la evaluación inicial (apartados previos nº 4 y 5), durante el "Periodo de observación y tests seriados" (apartado nº 6) o, más tardíamente, con el paciente ya ingresado. En cualquier caso, se requiere un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico rápido y exacto. Como norma general, habrá que valorar la posibilidad de SAA en casos de dolor torácico intenso y de carácter súbito y/o con impresión de gravedad, especialmente si sus características no son típicas de cardiopatía isquémica y se presenta en pacientes de alto riesgo: hipertensos o con historia de arterioclerosis en los pacientes de edad avanzada o Síndrome de Marfan, válvula aórtica bicúspide y cirugía cardíaca previa en los menores de 40 años.</p>

7.2. Ante la sospecha de SAA, se buscarán los datos clínicos más frecuentemente asociados al SAA en general y a la disección aórtica (DA) en particular:

- (1) DT severo de comienzo súbito y que típicamente se irradia siguiendo el sentido de la disección a cara anterior del tórax o cuello en la disección tipo A y a espalda en la tipo B.
- (2) Síncope.
- (3) HTA (su ausencia no excluye SAA).
- (4) Déficit de pulsos (disminuidos o ausentes) en brazo, carótida o femoral.
- (5) Marcada diferencia de TA entre ambos brazos.
- (6) Semiología de insuficiencia aórtica.
- (7) A veces, mala perfusión y otros signos de fallo cardíaco.
- (8) El ECG suele ser inespecífico (normal o con HVI, en 2/3 de los casos), pero es útil para descartar afectación coronaria concomitante.
- (9) La Rx de tórax no excluye SAA. En pacientes con alto nivel clínico de sospecha deben realizarse las restantes técnicas de imagen a pesar de una Rx normal. Sin embargo, la Rx de tórax puede mostrar dilatación fusiforme o sacular del contorno de la aorta; ensanchamiento mediastínico; desplazamiento de la tráquea a la derecha y distorsión del bronquio principal izquierdo; desplazamiento de calcificaciones en la pared de la aorta mayores a 6 mm; *kinking* o tortuosidad de aorta; opacificación de la ventana aortopulmonar y borramiento del contorno aórtico. Respecto a la analítica, se solicitarán: marcadores de daño miocárdico, función renal (urea, creatinina) y hemograma. Considerar la solicitud de pruebas cruzadas, ante la posibilidad de una intervención quirúrgica de emergencia.

7.3. Tan pronto exista una sospecha clínica razonada de SAA, se consultará urgentemente con los Servicios de Atención Especializada más relacionados con dicha patología (UCI, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, según Protocolo Interservicios y disponibilidad en cada centro) y se indicará ingreso en UCI para:

- (1) Monitorización invasiva y estabilización del paciente.
- (2) Confirmar el diagnóstico mediante técnicas de imagen.

7.4. Tan pronto exista una sospecha clínica razonada de SAA, se informará al paciente y a la familia, explicando la pauta que han de seguir, incluyendo la posible derivación a otro centro para su tratamiento quirúrgico, si procediera.

Personal administrativo del Servicio de Admisión de Urgencias

Actividades	Características de calidad
<p>8. Trámites administrativos de ingreso en UCI</p>	<p>8.1. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos, con pacientes correctamente identificados, sin errores.</p> <p>8.2. Existencia de un protocolo coordinado entre los Servicios de Urgencias, UCI y el Servicio de Admisión de Urgencias, para la tramitación ágil del ingreso en UCI.</p> <p>8.3. Rápida reubicación del paciente en la base de datos de las camas hospitalarias, en cuanto se confirma el ingreso en la UCI.</p>

Personal sanitario de la UCI

Actividades	Características de calidad
<p>9. Monitorización y estabilización del paciente</p>	<p>9.1. El personal sanitario de UCI hará todo lo posible por facilitar una cama en dicha unidad, en caso de sospecha razonada de SAA.</p> <p>9.2. Asignación al paciente de un Médico responsable identificado, el cual se presentará al paciente y a la familia como tal, y los mantendrá informados sobre el proceso. Decidirá sobre las exploraciones, tratamientos y actividades encaminadas a lograr una atención de calidad a su paciente. Coordinará la atención de otros especialistas que pudieran participar en el Proceso y, en los casos en los que el paciente presenta cambios evolutivos que implican traslado de unidades asistenciales, debe asegurarse que siempre sea identificable la figura del nuevo Médico responsable, el cual asegurará la continuidad asistencial.</p> <p>9.3. Vigilancia y control del estado del paciente, con monitorización de ECG y constantes vitales, especialmente TA (en ambos brazos) y diuresis. Siempre que sea posible se realizará monitorización invasiva de la TA, sobre todo en la disección tipo A.</p> <p>9.4. Estabilización del estado clínico y hemodinámico del paciente, mediante tratamiento según GPC, con 3 objetivos: calmar el dolor, reducir la TA sistólica a 100-120 mmHg, y disminuir</p>

la fuerza de la eyección del VI (dP/dt). Para ello, destacamos algunas recomendaciones fundamentales de las GPC que se expresan a continuación. El tratamiento médico deberá iniciarse ante la sospecha clínica e incluso sin esperar confirmación del diagnóstico con las técnicas de imagen.

- 9.5. Tratamiento del dolor: tratar siempre el dolor, generalmente mediante morfínicos i.v., ya que, además de su efecto analgésico potente, tienen efecto hipotensor.
- 9.6. Tratamiento beta-bloqueante: para disminuir la fuerza de la eyección del VI (dP/dt), se recomienda usar siempre beta-bloqueantes, salvo contraindicaciones: propranolol 1 mg i.v. cada 3'-5', hasta conseguir una FC de 60-70 lpm y, posteriormente, continuar con 2-6 mg i.v. cada 4-6 h. También se pueden usar otras pautas similares, con otros beta-bloqueantes, como labetalol o esmolol (30 mg i.v. en bolo seguido de infusión continua entre 3-12 mg/min). En caso de contraindicación a los beta-bloqueantes, considerar diltiacem o verapamil i.v.
- 9.7. Tratamiento vasodilatador: si con las medidas anteriores no se ha conseguido el objetivo de reducir la TA sistólica a 100-120 mmHg, se usarán vasodilatadores de acción rápida como el nitroprusiato sódico (comenzando por 20 microgramos/min y subiendo hasta 800 microgramos/min). También se pueden usar otros vasodilatadores, como nifedipina sublingual e IECAS (para HTA refractaria por oclusión de arteria renal). Cuando se usa un vasodilatador puro (que puede incrementar la dP/dt), debe asociarse siempre un beta-bloqueante.
- 9.8. Ocasionalmente, el paciente se presenta en situación de hipotensión. En estos casos, descartar taponamiento cardíaco y hemorragia periaórtica, evitar inotropos y tratar mediante sobrecarga de volumen.

Personal Médico de: UCI, Cardiología y Cirugía Cardiovascular (según disponibilidad y Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>10. Confirmar diagnóstico de SAA, mediante técnicas diagnósticas de imagen</p>	<p>10.1. Para confirmar la sospecha clínica de SAA, se valorará la conveniencia de solicitar algunas de las pruebas diagnósticas de imagen previamente enumeradas en el apartado 5 (si es que no se han realizado todavía): ecocardiograma [transtorácico (ETT) y transesofágico (ETE)] y TC. Excepcionalmente se precisará una resonancia magnética (RM) y/o una aortografía. Cada una de estas pruebas tiene su</p>

utilidad en la valoración de diferentes aspectos del SAA, como se refleja en la Tabla 2. Además de confirmar la presencia del SAA y de su extensión, las pruebas deberán aportar información sobre: válvula aórtica, tamaño y afectación de aorta ascendente, función ventricular y posible existencia de derrame pericárdico.

10.2. La selección de la prueba más idónea para confirmar la sospecha de SAA, se hará teniendo en cuenta las particularidades de cada caso clínico, así como la experiencia y disponibilidad de cada prueba. En general, las dos pruebas que suelen estar disponibles más rápidamente para su uso urgente en el SSPA son: el TC torácico (que debe realizarse con y sin contraste) y el ecocardiograma.

10.3. Una vez confirmado el SAA con algunas de las exploraciones mencionadas, no debe perderse tiempo solicitando otras técnicas de imagen adicionales, salvo que persistan dudas diagnósticas. Sólo si la sospecha diagnóstica de SAA es alta y no se ha podido confirmar con la primera de las técnicas realizadas o ésta no aporta toda la información necesaria para el tratamiento, se realizará una segunda técnica de imagen.

10.4. Tan pronto se haya confirmado el SAA, se informará al paciente y a la familia, indicándoles los posibles tratamientos médico y/o quirúrgico, y la posibilidad del traslado a otro centro para realizarlo.

Personal Médico de: UCI, Cardiología y Cirugía Cardiovascular (según disponibilidad y Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>11. Elección de tratamiento médico o quirúrgico (clásico o endovascular)</p>	<p>11.1. La elección del tratamiento del SAA se basará en el análisis de los siguientes factores: tipo de SAA y su localización (proximal/distal), estado general del paciente y presencia de complicaciones. En la Tabla 3, se pormenorizan las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico en el SAA, recomendadas por la GPC de la Sociedad Española de Cardiología.</p> <p>11.2. En los casos de disección aórtica aguda proximal el tratamiento de elección es siempre quirúrgico y con carácter urgente o emergente.</p>

- 11.3. En general, los casos de disección aórtica aguda distal, no complicados, no suelen requerir tratamiento quirúrgico. Se controlan habitualmente mediante tratamiento médico y, aunque no existe evidencia para la aplicación sistemática del tratamiento endovascular en la disección distal, se están tratando algunos casos mediante inserción percutánea de prótesis endovasculares (*stents*). Por el contrario, la mayor parte de casos de SAA distales y complicados, suelen tener indicación quirúrgica.
- 11.4. En los casos con posible indicación quirúrgica, se contactará con el Cirujano cardiovascular (bien en el mismo Hospital o en el Hospital de referencia), quien valorará el caso incluyendo:
- (1) Confirmación de indicación quirúrgica.
 - (2) El momento de su realización (cirugía de emergencia, cirugía de urgencia, electiva/programada).
 - (3) En caso de emergencia, avisará al equipo de alerta quirúrgica y ultimaré los preparativos para cirugía.
 - (4) El cirujano valorará la necesidad de tratamiento endovascular de los síndromes de malperfusión antes del tratamiento quirúrgico.
- 11.5. Antes de proceder al tratamiento quirúrgico, se explicará la situación al paciente y a la familia, y se solicitará su consentimiento para el procedimiento quirúrgico.
- 11.6. En el caso de que se trate de un hematoma intramural (HIM) se indicará tratamiento médico en los casos de HIM del arco o de aorta descendente no complicados y, opcionalmente, en los casos de HIM tipo A que se encuentren clínica y hemodinámicamente estables, con dimensión de aorta ascendente < 50 mm., en los que las técnicas de imagen excluyen sangrado periaórtico o derrame pericárdico.
- 11.7. El HIM tipo A con criterios de alto riesgo y el HIM tipo B complicado constituyen una indicación quirúrgica urgente.
- 11.8. Los casos de HIM en los que se decide tratamiento médico deben ser seguidos con técnicas de imagen (TC y ETE) cada 4-5 días hasta el alta y a los 3 meses (fase subaguda).
- 11.9. La presencia de no reabsorción, resangrado, la asociación con úlcera penetrante, imágenes similares a úlcera (disecciones localizadas) o aneurisma sacular o la progresión de las dimensiones del aneurisma obligan a plantear tratamiento quirúrgico (tipo A) o endovascular (tipo B) en el seguimiento.

Personal de Cirugía Cardiovascular, y Anestesia

Actividades	Características de calidad
<p>12. Tratamiento quirúrgico</p>	<p>12.1. El tratamiento quirúrgico dependerá de cada caso concreto de SAA. La cirugía de la DA debe incluir generalmente: resección del segmento aórtico más afectado y sustitución por prótesis, escisión de la ruptura intimal, obliteración de la puerta de entrada, y corrección de la insuficiencia aórtica.</p> <p>12.2. En la disección aórtica aguda, la reparación quirúrgica debe realizarse con extrema urgencia. Las demoras en el tratamiento quirúrgico disparan tanto la mortalidad preoperatoria como la operatoria. Por ello, estos pacientes deberían ser tratados por unidades médico-quirúrgicas específicas, con sistemas de alerta que garanticen que la evaluación preoperatoria, la estabilización del paciente, los preparativos de la cirugía y la propia cirugía, estén ultimados en el menor tiempo posible. La creación de estas unidades aumentaría la experiencia, la destreza técnica, la aplicación de metodología específica, y mejoraría la agilidad en el manejo del SAA de cada uno de los eslabones de esta cadena asistencial. Sería una de las medidas más eficaces y eficientes para disminuir la mortalidad de los pacientes atendidos por SAA en el SSPA.</p> <p>12.3. Emisión del correspondientes informe operatorio por parte de Cirugía Cardiovascular, donde se detallen todos los hallazgos operatorios relevantes del paciente y las correcciones quirúrgicas realizadas.</p>

Personal Sanitario de la UCI

Actividades	Características de calidad
<p>13 Cuidados post-operatorios y/o tratamiento médico inicial del SAA</p>	<p>13.1. Tras la cirugía, el paciente permanecerá en la UCI (o unidad similar de cuidados post-operatorios) y se vigilará especialmente la aparición de las complicaciones post-operatorias más frecuentes: hemorragia, infección, insuficiencia respiratoria o renal, afectación neurológica, rotura aórtica e IAM. Se intentará realizar un ETE antes de la extubación del paciente en la Unidad de Cuidados Postoperatorios, sobre todo si el paciente cursa con complicaciones.</p>

- 13.2. Con o sin tratamiento quirúrgico, el tratamiento médico del SAA (que se describe en el apartado siguiente) debe iniciarse en la UCI y ser ajustado posteriormente en la planta de hospitalización.
- 13.3. Emisión del correspondiente informe clínico de la UCI, donde se detallen todos los hallazgos relevantes del paciente, posibles complicaciones y medidas terapéuticas.

Personal Sanitario de Cardiología

Actividades	Características de calidad
<p>14. Tratamiento médico definitivo pre-alta.</p>	<p>14.1. Todos los pacientes con DA (con o sin tratamiento quirúrgico) deben ser medicados a largo plazo para lograr el control de sus cifras de TA por debajo de 135/80 mmHg y la disminución de la dP/dt. En general, deben prescribirse beta-bloqueantes. También pueden usarse otros fármacos hipotensores con efecto inotrope negativo (como algunos calcioantagonistas), junto con un diurético si se precisa para controlar la TA. Evitar los vasodilatadores puros (que pueden aumentar la dP/dt), que sólo pueden usarse junto con los beta-bloqueantes. Los inhibidores de la ECA pueden ser útiles en los casos de disección aórtica complicados con isquemia renal.</p> <p>14.2. Tras la intervención quirúrgica, debe realizarse un control post-operatorio inmediato con alguna técnica de imagen de las descritas en la Tabla 2. Este control servirá de referencia comparativa, en sucesivas revisiones, y facilitará la detección precoz de complicaciones.</p> <p>14.3. Emisión de un informe clínico de asistencia, donde se especifique claramente: el estado clínico del paciente, las exploraciones realizadas y las 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 las normas preventivas y recomendaciones higiénico-dietéticas.</p>

Nota: Las actividades finales 15-18 corresponden al seguimiento ambulatorio del paciente y comienzan tras el alta hospitalaria del mismo, independientemente de que se haya practicado tratamiento médico o quirúrgico. Su finalidad es garantizar la continuidad asistencial.

Unidad de Atención al Usuario del Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>15. Tramitar cita en Consultas de AE (Cirugía Cardiovascular y/o Cardiología)</p>	<p>15.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible. 15.2. Atención personalizada, amable y correcta. 15.3. Evitar demoras innecesarias. 15.4. Posibilidad de citación telefónica. 15.5. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos, con pacientes correctamente identificados, sin errores. 15.6. Buena gestión de plazos de cita.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>16. Revisiones ambulatorias</p>	<p>16.1. Características generales de calidad en la programación de consultas: atención en un plazo razonable para la situación clínica del paciente. Expediente completo del paciente a disposición del Médico, incluyendo resultados de las exploraciones complementarias realizadas. Evitar duplicación innecesaria de pruebas ya realizadas. Correcta programación de exploraciones complementarias para evitar desplazamientos innecesarios del paciente y duplicidad de consultas. 16.2. Tras el alta hospitalaria, un tercio de los pacientes tratados por SAA presentan complicaciones que provocan la muerte o requieren reintervención quirúrgica. Estas complicaciones incluyen: insuficiencia aórtica, recurrencia de la disección, formación de nuevos aneurismas (o pseudoaneurismas), expansión de un aneurisma previo y ruptura. El periodo de máximo riesgo es el inmediato tras la hospitalización y durante los dos primeros años. Por tanto, el seguimiento de estos pacientes debe estar adecuadamente programado para prevenir y detectar precozmente estas complicaciones. 16.3. Se recomienda programar revisiones a 1, 3, 6, y 12 meses y una vez al año posteriormente. Las revisiones deben incluir: exploración física cuidadosa, ECG y Rx tórax. Se</p>

recomiendan frecuentes técnicas de imagen durante el seguimiento. Se realizarán un ecocardiograma y TC/RM a los 6 meses y después, al menos una vez al año.

Situaciones especiales:

- No hay trombosis de la falsa luz: ETE o RM anualmente durante los tres primeros años de seguimiento. Se indican para localizar la puerta de entrada, re-entradas, dinámica de flujos en la verdadera y falsa luz.
- Implantación de endoprótesis: RX tórax y TC cada 6 meses durante 2 años del seguimiento.
- HIM: se realizarán ETE vs RM en cada control clínico durante los tres primeros años o hasta la completa reabsorción del hematoma.
- Ulcera penetrante: controles frecuentes con ETE o TC hasta que se decida el tratamiento de elección.

16.4. Todos los pacientes tratados (médica o quirúrgicamente) de disección aórtica deben ser medicados a largo plazo para lograr el control de sus cifras de TA por debajo de 135/80 mmHg y la disminución de la dP/dt . En general, deben prescribirse beta-bloqueantes o alfa-betabloqueantes. También pueden usarse otros fármacos hipotensores con efecto inotropeo negativo (como algunos calcioantagonistas no dihidropiridínicos), junto con un diurético si se precisa para controlar la TA. Evitar los vasodilatadores arteriales puros (que pueden aumentar la dP/dt), que sólo pueden usarse junto con beta-bloqueantes. Los inhibidores de la ECA pueden ser útiles en los casos de disección aórtica complicados con isquemia renal.

16.5. Emisión de un informe clínico de asistencia, donde se especifique claramente: el estado clínico del paciente, las exploraciones realizadas y las 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. Como norma general se recomienda evitar esfuerzos físicos intensos, competitivos o isométricos.

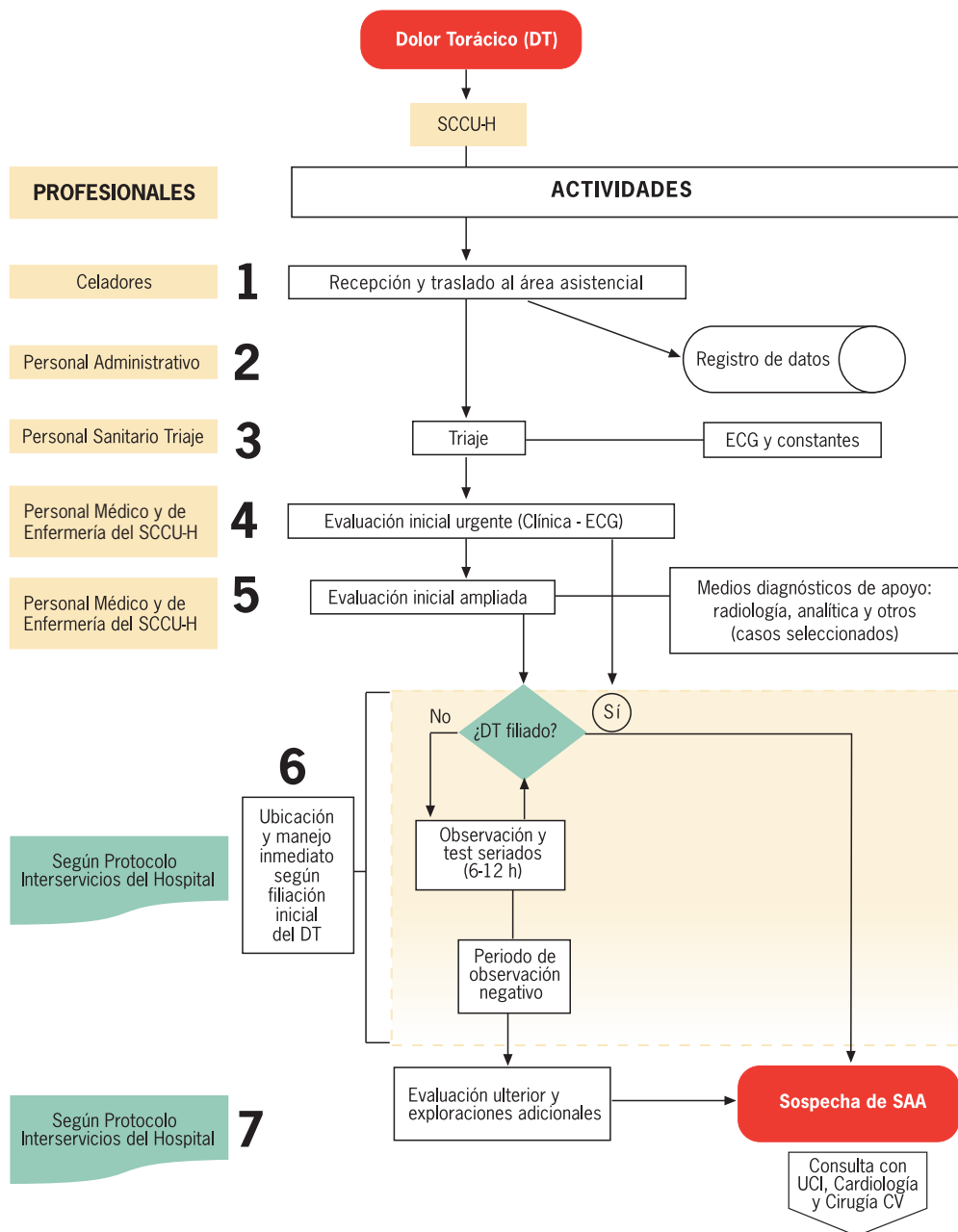
Unidad de Atención al Usuario de AP

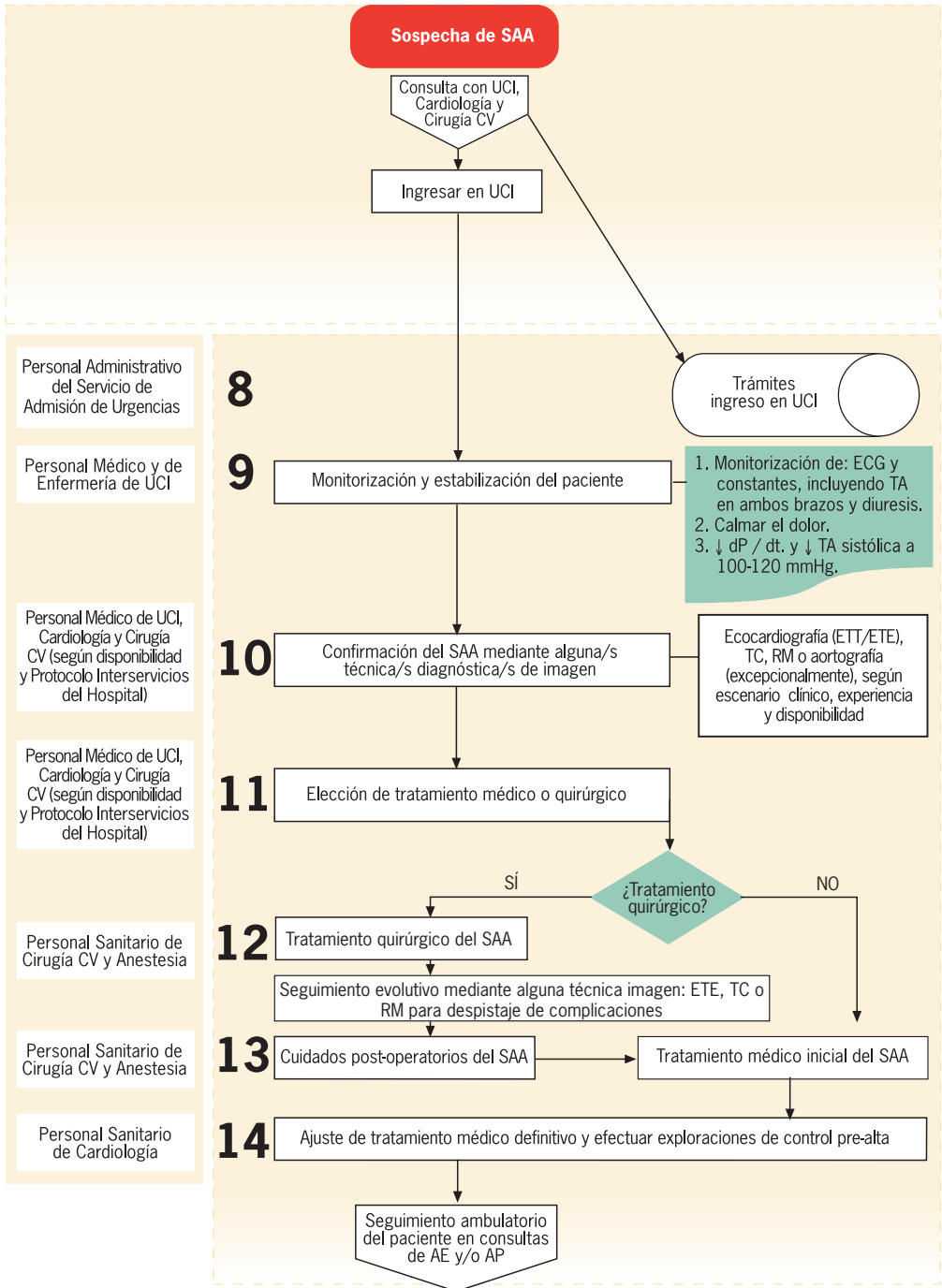
Actividades	Criterios de calidad
17. Gestionar cita con Médico de Familia	17.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible. 17.2. Atención personalizada, amable y correcta. 17.3. Evitar demoras innecesarias. 17.4. Posibilidad de citación telefónica. 17.5. Buena gestión de plazos de cita.

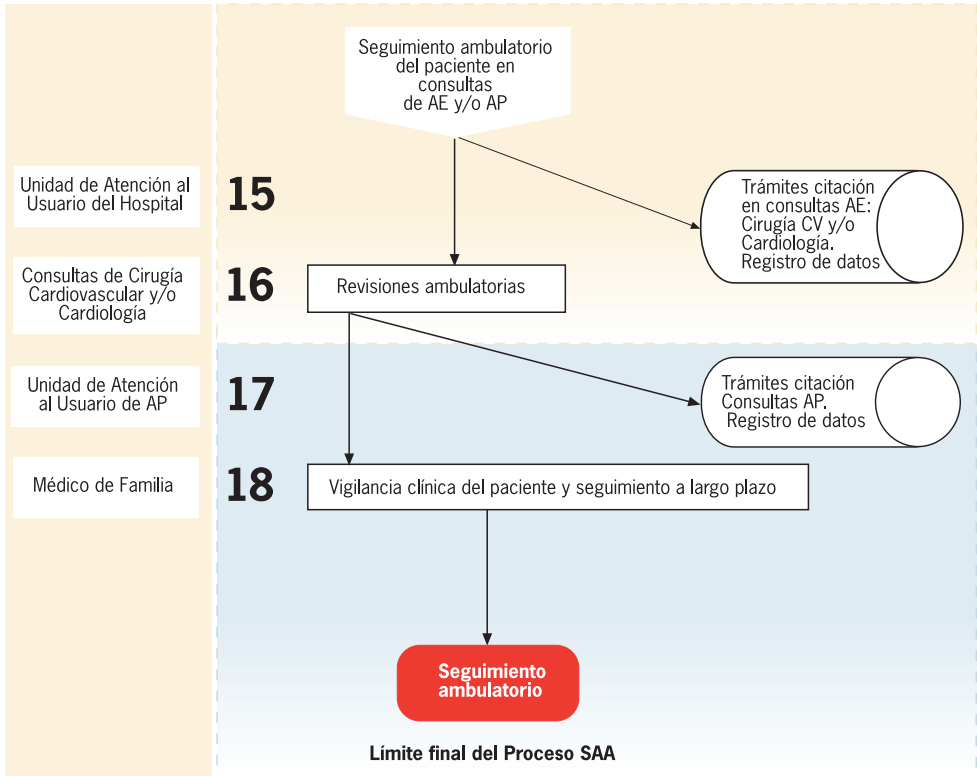
Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
18. Vigilancia clínica del paciente y seguimiento a largo plazo	18.1. Accesibilidad flexible y ágil, en función de las necesidades del paciente. 18.2. Monitorización adecuada del cumplimiento y respuesta al tratamiento. En concreto, la monitorización estrecha de las cifras de TA. 18.3. Educación sanitaria. 18.4. Información y promoción de hábitos saludables y de control de factores de riesgo, en especial de la HTA. 18.5. Vigilancia periódica de pulsos periféricos y TA en ambos brazos. 18.6. Identificación correcta y remisión sin demora de situaciones de agravamiento que requieran nueva consulta de Atención Especializada. Sería deseable en estos casos que existiera un contacto directo con la unidad especializada de patología aórtica responsable del paciente.

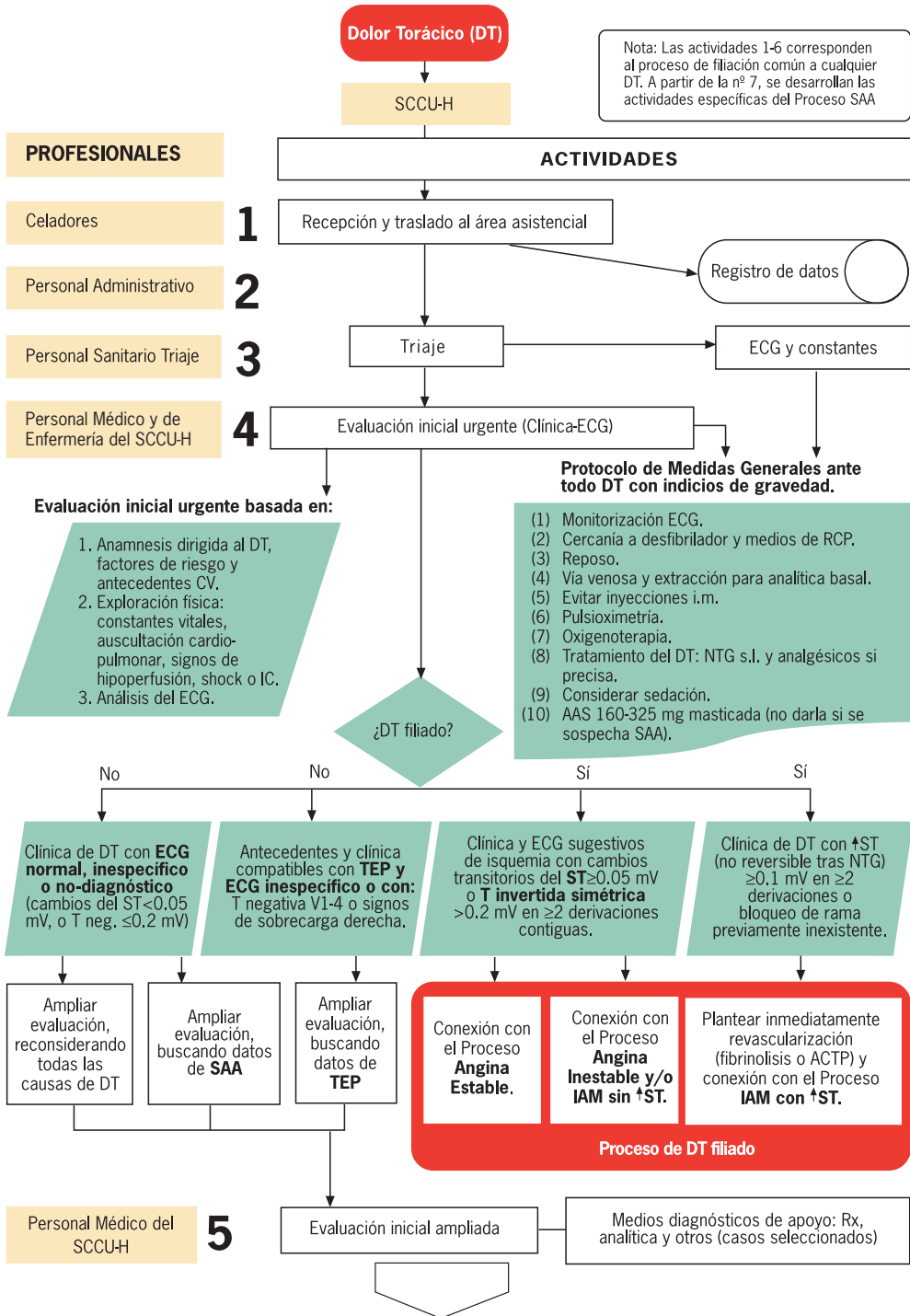
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.A: SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS HOSPITALARIO (SCCU-H)**







**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA)
VÍA DE ENTRADA 1.A: SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS HOSPITALARIO (SCCU-H)**



Personal Médico del SCCU-H

5

Evaluación inicial ampliada

Medios diagnósticos de apoyo: Rx, analítica y otros (casos seleccionados)

Ampliación de la evaluación inicial en el DT

- (1) Ampliar anamnesis y exploración en todos los casos.
- (2) Exploraciones complementarias que se solicitarán en la mayoría de los casos: Rx tórax y analítica (troponina y CPK-MB masa y/o mioglobina).
- (3) Si se sospecha TEP: Dímero D, gasometría arterial y considerar anticoagulación, independientemente de que se solicite una técnica de imagen (generalmente Angio-TC torácico) para confirmarlo.
- (4) **Si se sospecha SAA (síndrome aórtico agudo) solicitar: TC torácico, ecocardiograma (ETT/EFE) O RM, según experiencia y disponibilidad.**

Ampliación de la evaluación inicial en el SAA

Buscar datos clínicos típicos de SAA:

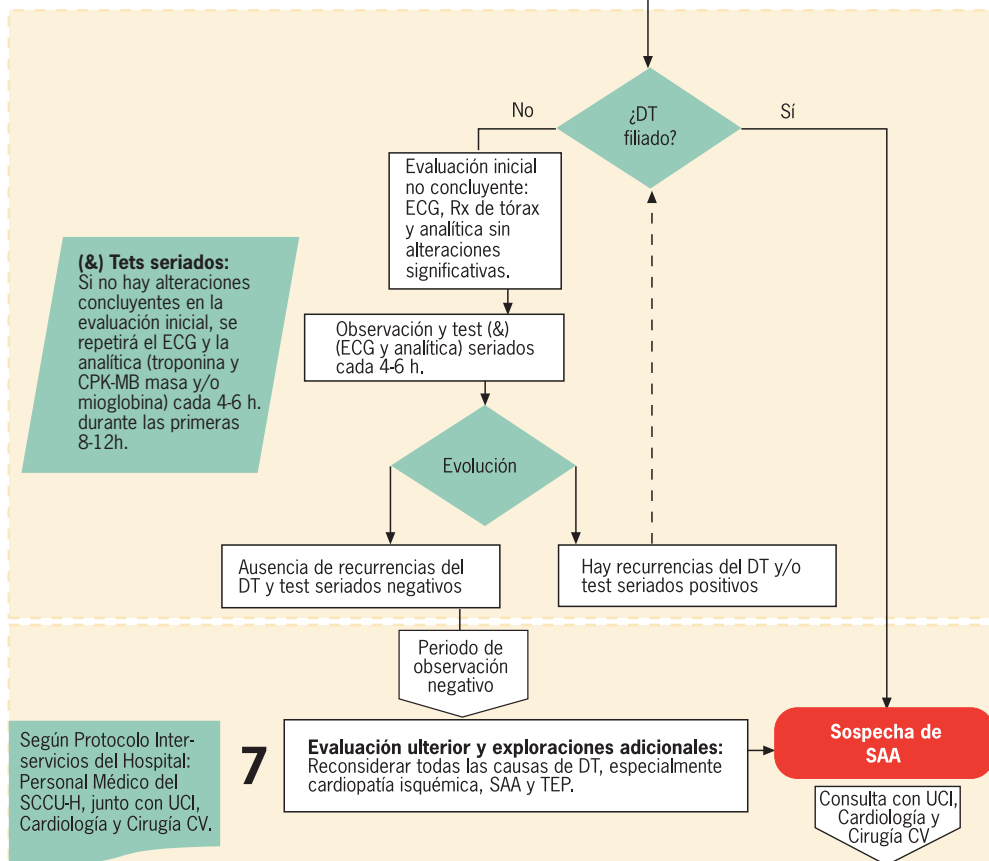
1. DT súbito, severo y con irradiación típica/Síncope.
2. HTA.
3. Déficit de pulsos.
4. Diferencias de TA en ambos brazos.
5. Semiología de insuficiencia aórtica.
6. Signos de fallo VI.
7. ECG inespecífico: Normal o HVI.
8. Rx de tórax inespecífica: normal, ensanchamiento mediastínico o doble contorno aórtico.

Según Protocolo Interservicios del Hospital

6

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

Si alta sospecha de SAA: Repetir otra técnica de imagen alternativa (ETE/TC o RM según casos)

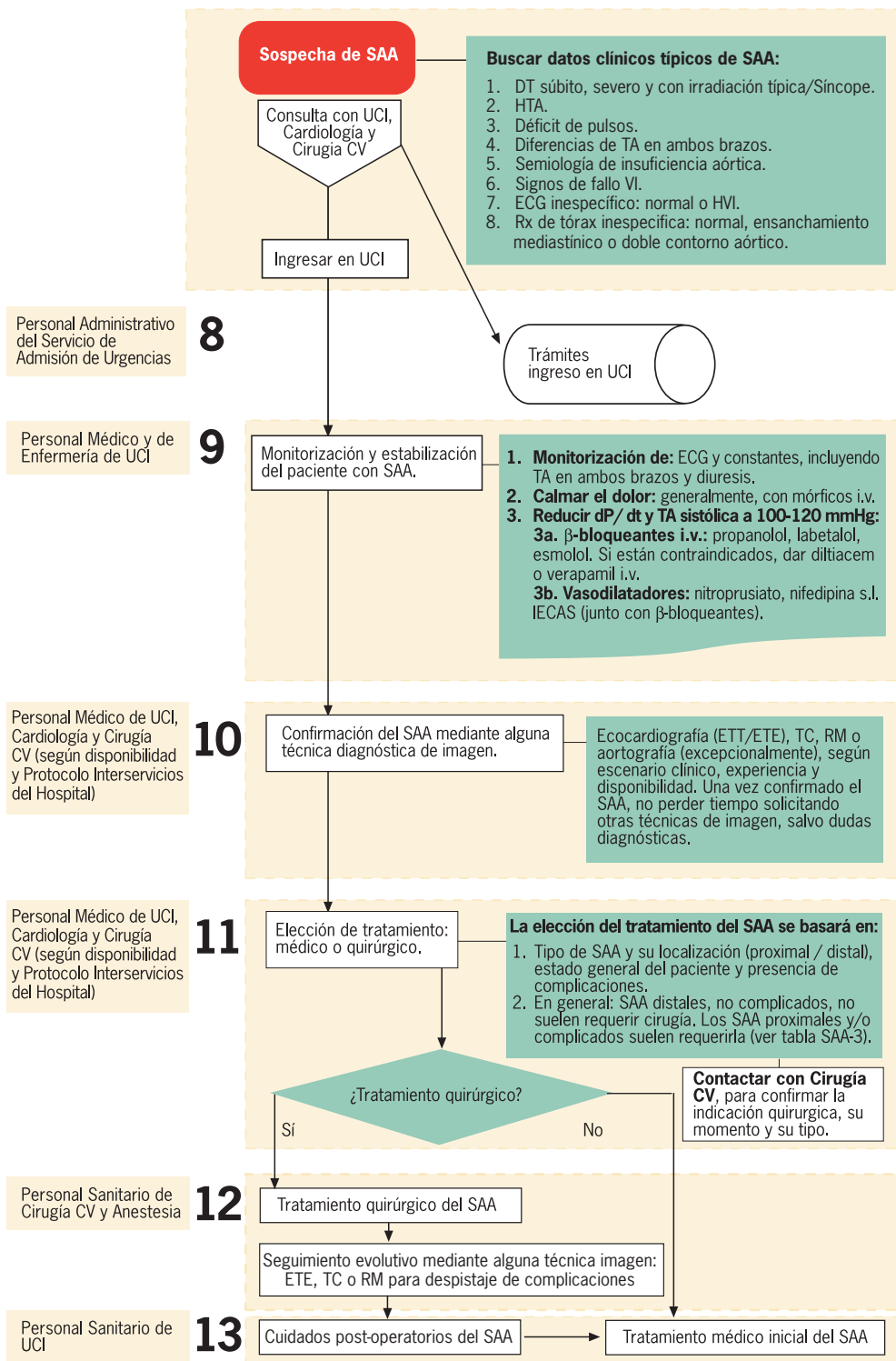


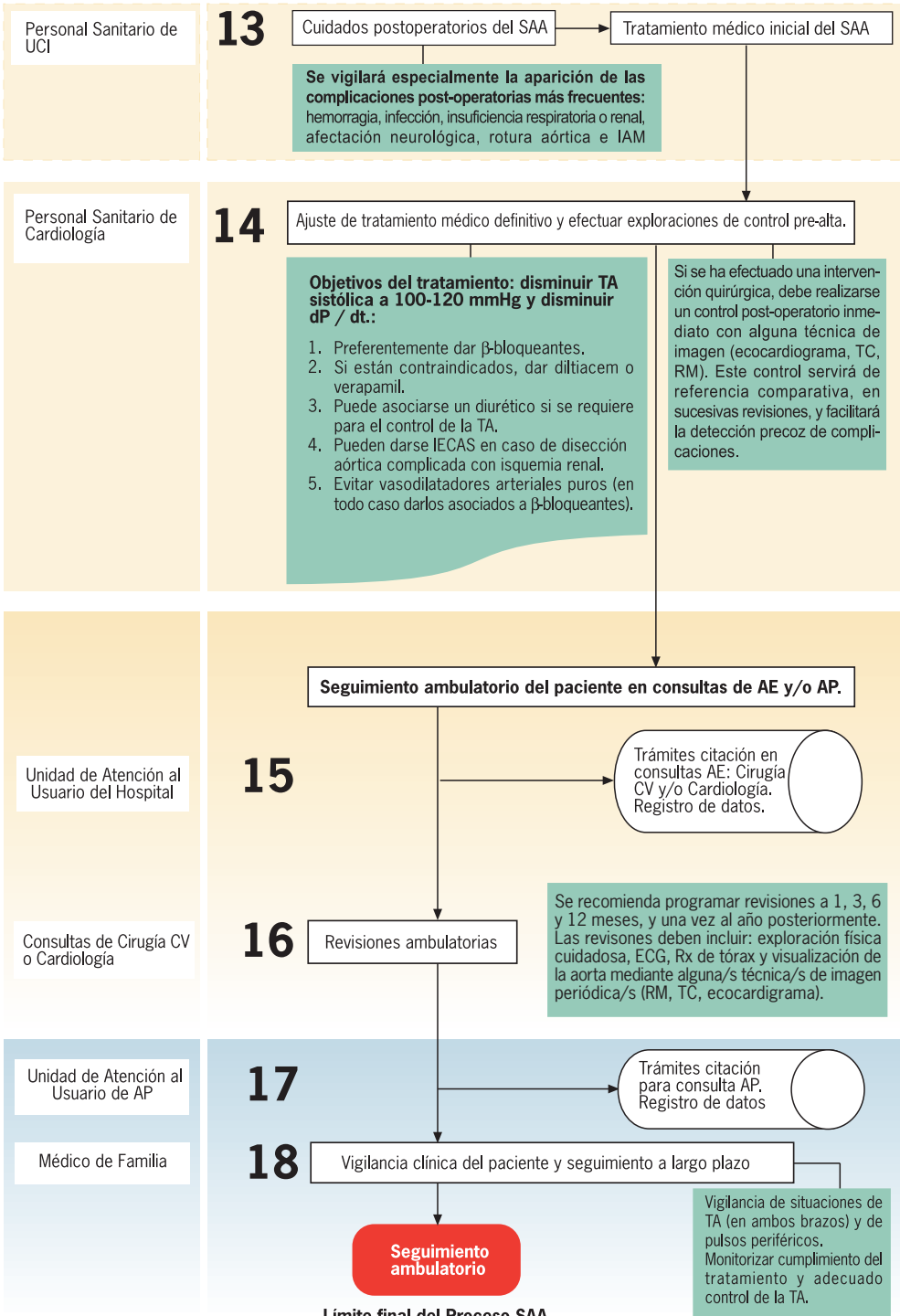
7

Evaluación ulterior y exploraciones adicionales: Reconsiderar todas las causas de DT, especialmente cardiopatía isquémica, SAA y TEP.

Sospecha de SAA

Consulta con UCI, Cardiología y Cirugía CV





Personal Sanitario de UCI

Personal Sanitario de Cardiología

Unidad de Atención al Usuario del Hospital

Consultas de Cirugía CV o Cardiología

Unidad de Atención al Usuario de AP

Médico de Familia

1.B. Entrada a través de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

Nota: Las actividades iniciales 1-4 corresponden al Proceso de filiación común a cualquier DT potencialmente grave y son análogas para las 4 vías de entrada, que confluyen en la actividad número 5.

Celadores del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
1. Recepción y traslado del paciente	<ul style="list-style-type: none">1.1. Traslado inmediato, sin demora, del paciente desde la puerta del DCCU-AP hasta la zona de atención sanitaria.1.2. El traslado se realizará en silla de ruedas o en camilla, y evitando siempre que el paciente realice esfuerzo alguno.1.3. Trato amable y correcto con el paciente y su familia.1.4. El paciente debe ser recibido por personal experimentado en esta labor.

Celadores del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
2. Registro de datos del paciente	<ul style="list-style-type: none">2.1. El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia. En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se establezca o se hará a través de algún familiar o acompañante.2.2. La entrada y registro del paciente debe estar coordinada para facilitar su atención rápida y la disponibilidad de los datos del mismo lo antes posible.2.3. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores.2.4. Trato amable y correcto.

Personal Sanitario del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
3. Triage	<ul style="list-style-type: none">3.1. El profesional encargado del triaje debe tener la suficiente capacidad y experiencia.3.2. Existencia de protocolos básicos de estratificación de riesgo tipo NHAAP (National Heart Attack Alert Program), modificados y ampliados.

- 3.3. En los casos definidos de alto riesgo, según los protocolos previos, el personal del triaje: (1) Se anticipará en solicitar un ECG y las constantes vitales. (2) Requerirá asistencia médica urgente.
- 3.4. Existencia de un circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia.

Personal Médico y de Enfermería del DCCU-AP

Actividades	Características de calidad
<p>4. Evaluación inicial (inmediata) de gravedad/urgencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. La evaluación inicial de un paciente que consulta por DT agudo, persistente y con indicios de gravedad, se hará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG. 4.2. Para evitar demoras, la evaluación inicial se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida: <ul style="list-style-type: none"> (1) Anamnesis dirigida (enfocada al DT, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares). (2) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC). (3) Interpretación del ECG. 4.3. Esta evaluación inicial tendrá el objetivo concreto de estratificar el riesgo inicial del paciente, por lo que será una evaluación dirigida, en la que siempre se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, SAA (disección aórtica/hematoma aórtico intramural/úlceras aórticas penetrantes/aneurisma aórtico expansivo) y TEP. 4.4. El ECG será practicado siempre, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo, descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave. 4.5. El ECG de 12 derivaciones estará realizado en los primeros 5 minutos e interpretado dentro de los 10 primeros minutos desde la llegada del paciente, en casos con DT persistente. Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos).

4.6. La evaluación inicial deberá ser realizada por personal adecuadamente entrenado en la valoración de estos pacientes y en la interpretación del ECG.

4.7. Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo DT con indicios de gravedad estarán protocolizadas e incluirán:

- (1) Monitorización ECG.
- (2) Cercanía (relativa) a desfibrilador y medios de RCP.
- (3) Reposo.
- (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para analítica basal urgente. Teniendo en cuenta la posibilidad de una fibrinólisis posterior, esta vía será fácilmente compresible y deberá ser canalizada por personal experimentado, de forma que se eviten punciones repetidas.
- (5) Evitar inyecciones i.m.
- (6) Pulsioximetría.
- (7) Oxigenoterapia.
- (8) Tratamiento del DT: siempre se tratará de aliviar rápidamente, generalmente mediante NTG sublingual y analgésicos convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran.
- (9) Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.
- (10) AAS (ver nota posterior &).

4.8. Puesta en marcha de las medidas terapéuticas específicas, tan pronto se sospeche una etiología concreta del DT (enlace con los respectivos procesos, descritos separadamente). Si se sospecha cardiopatía isquémica (&), administrar inmediatamente NTG sublingual y AAS (160 a 325 mg, masticada), salvo contraindicación. Si se sospecha TEP, considerar anticoagulación urgente, salvo contraindicaciones. Si se sospecha SAA, usar mórficos para calmar el DT. No administrar antiagregantes plaquetarios. Administrar tratamiento beta-bloqueante e hipotensor.

(&) Nota: Como la cardiopatía isquémica es la causa más frecuente del DT potencialmente grave, la administración de NTG y la AAS suele estar incluida dentro de las medidas generales en la mayoría de protocolos de dolor torácico.

Personal Médico y de Enfermería del DCCU-AP

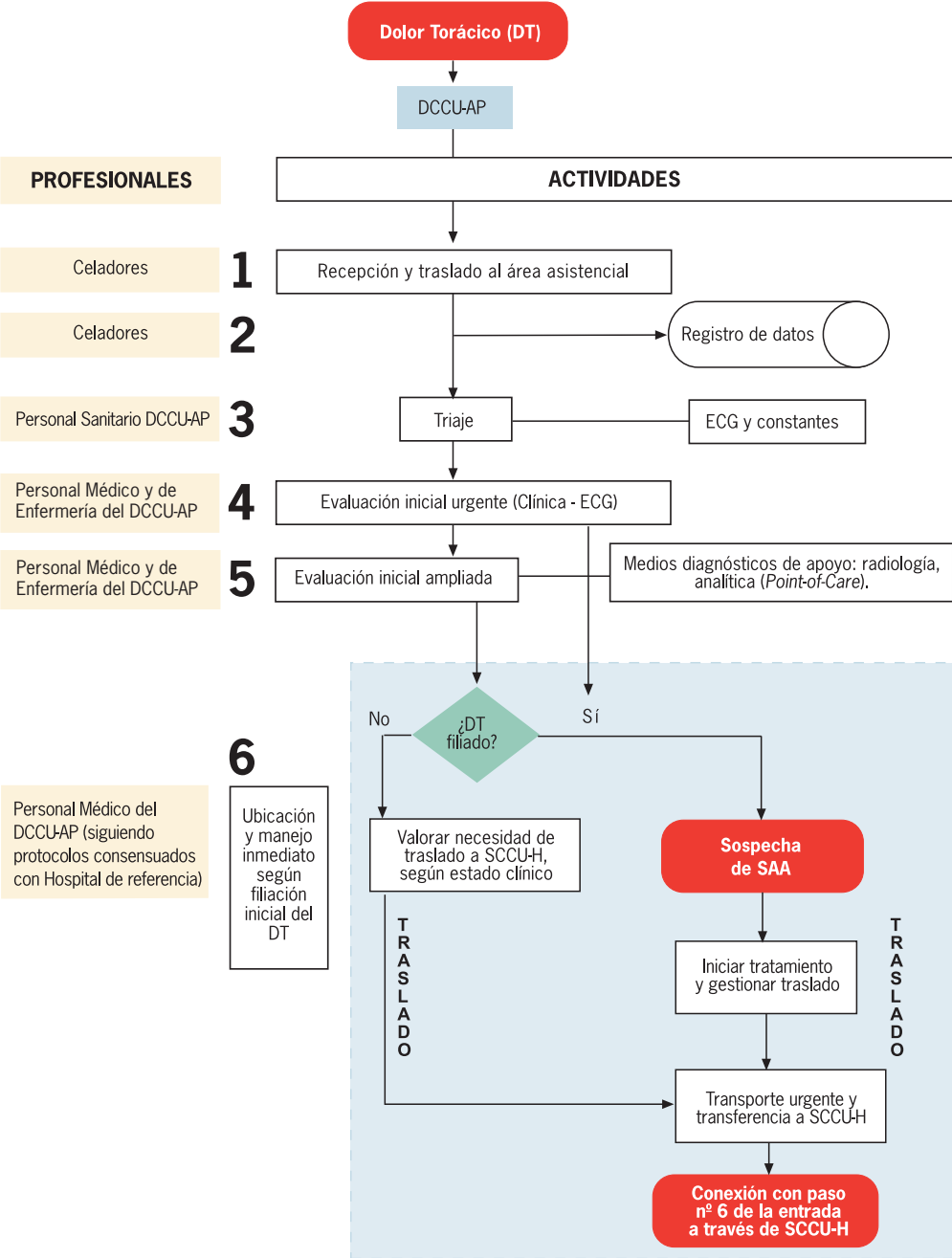
Actividades	Características de calidad
5. Ampliación de la evaluación inicial	5.1. Si se sospecha síndrome aórtico agudo (SAA), ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos más frecuentemente asociados al SAA (ver apartados 7.1 y 7.2 de la vía de entrada por SCCU-H del proceso SAA).

Personal Médico del DCCU-AP (siguiendo protocolos consensuados con Hospital de referencia)

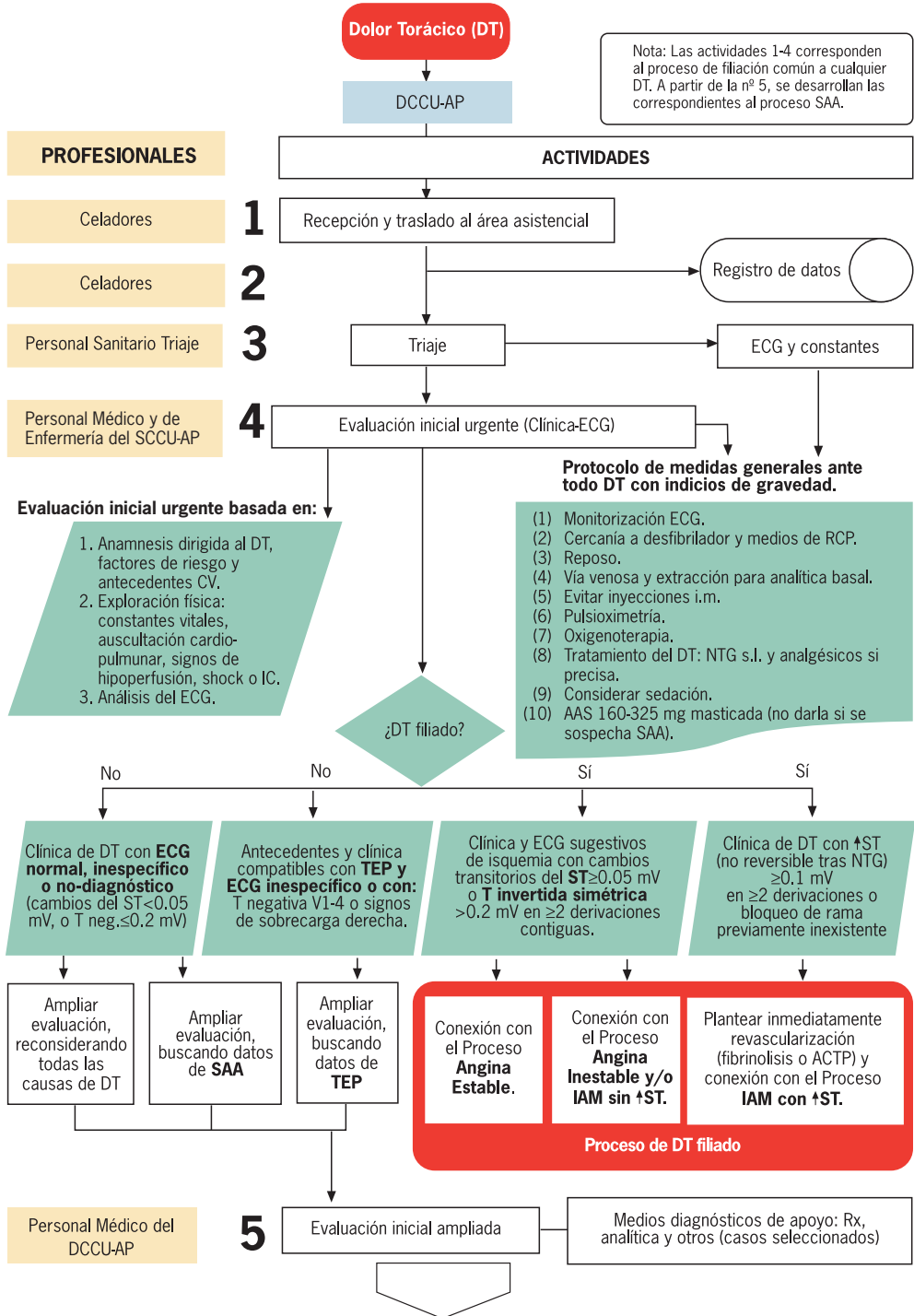
Actividades	Características de calidad
6. Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT: transporte urgente en ambulancia al Hospital.	<p>6.1. En el caso de que exista sospecha de SAA, se indicará traslado urgente al Hospital de destino. Aunque la evaluación inicial no haya sido concluyente, y no se haya alcanzado la sospecha de SAA, también debe trasladarse al Hospital a estos pacientes, dado el estado clínico de gravedad que suelen presentar.</p> <p>6.2. Los pacientes con sospecha de SAA presentan riesgo vital, por lo que el transporte se hará mediante la ambulancia medicalizada más rápidamente disponible en ese momento, ya sea la del DCCU-AP o la del 061. Siempre que sea posible (sin demorar la asistencia y/o el transporte del paciente), se avisará al Hospital de destino.</p> <p>6.3. El personal sanitario encargado deberá estar suficientemente entrenado en el manejo de pacientes graves y las condiciones de traslado estarán protocolizadas, incluyendo monitorización continua (ECG y pulsioximetría), registro de constantes, evaluación clínica permanente y tratamiento adecuado a la sospecha clínica. Ante la sospecha fundada de SAA, se comenzará el tratamiento específico para estabilizar clínica y hemodinámicamente al paciente, con todas las medidas que estén disponibles, de entre las descritas en el apartado correspondiente (apartado 9, de la vía de entrada a través de un SCCU-H). En general, deben recibir tratamiento inmediato para controlar el dolor y conseguir cifras de TA sistólica entre 100-120 mmHg. Para ello deben administrarse morfínicos y betabloqueantes, asociando vasodilatadores si la TA sistólica persiste superior a 120 mmHg.</p>

- 6.4. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y sobre la decisión tomada (recomendada), respecto al traslado del paciente.
- 6.5. El Hospital de destino debe ser el más adecuado para la recepción del paciente. No necesariamente debe ser el Hospital de referencia. Estos pacientes deberían ser tratados por unidades médico-quirúrgicas específicas, con sistemas de alerta que garanticen que la evaluación preoperatoria, la estabilización del paciente, los preparativos de la cirugía del SAA y la propia cirugía, estén ultimados en el menor tiempo posible.
- 6.6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- 6.7. Transferencia del paciente, aportando informe clínico y pruebas realizadas, al Médico receptor identificado. En concreto, debe adjuntarse siempre el ECG, con indicación del momento de su realización y de la presencia o ausencia de dolor torácico en ese momento. Este informe debe recoger toda la información que se considere relevante y, en concreto, debe incluir la cronología del dolor torácico, la evolución clínica del paciente y el tratamiento dispensado. Siempre debe acompañar al paciente para facilitar la continuidad asistencial.
- 6.8. Los medios que soportan toda la actividad de los DCCU-AP deben estar sometidos a los oportunos sistemas de control de calidad, tanto en lo que se refiere al uso de material homologado (sanitario y no sanitario) con proveedores acreditados, como a los procedimientos específicos de revisión, limpieza y mantenimiento.

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1. B: DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE
A. PRIMARIA (DCCU-AP).**



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.B: DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE A. PRIMARIA (DCCU-AP).**





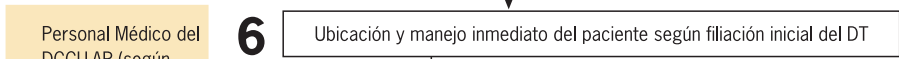
Ampliación de la evaluación inicial en todo DT

- (1) Ampliar anamnesis y exploración en todos los casos.
- (2) Analítica complementaria (troponina y CPK-MB masa y/o mioglobina) según disponibilidad.
- (3) Si se sospecha TEP: Dímero D, gasometría arterial, RX de Tórax, según disponibilidad y considerar anticoagulación, independientemente de que se avise a Hospital de destino.
- (4) **Si se sospecha SAA: valorar Hospital de destino y avisar. Mientras, comenzar tratamiento "estabilizador" descrito en punto 6.**

Ampliación de la evaluación inicial en el SAA

Buscar datos clínicos típicos de SAA:

1. DT súbito, severo, con irradiación típica/Síncope.
2. HTA.
3. Déficit de pulsos.
4. Diferencias de TA en ambos brazos.
5. Semiología de insuficiencia aórtica.
6. Signos de fallo VI.
7. ECG inespecífico: normal o HVI.
8. Rx de tórax inespecífica: normal, ensanchamiento mediastínico o doble contorno aórtico.



¿DT filiado?

No

Si

Evaluación inicial no concluyente

Sospecha de SAA

Valorar traslado a SCCU-H, según estado clínico

Gestionar traslado en ambulancia medicalizada y mientras estabilizar el SAA

Según el estado del paciente con DT, se traslada al SCCU-H o se mantiene en DCCU-AP para observación y tests seriados. En el SAA, hay una gran afectación del estado general que aconseja traslado inmediato, aunque no se haya sospechado su existencia.

Transporte urgente y transferencia a SCCU-H

Conexión con paso nº 6 de la entrada a través de SCCU-H

Tratamiento para estabilizar el SAA

1. **Monitorización de:** ECG y constantes, incluyendo TA en ambos brazos y diuresis.
2. **Calmar el dolor:** generalmente, con morfínicos i.v.
3. **Reducir dP/dt. y TA sistólica a 100-120 mmHg:**
 - 3a. **β-bloqueantes i.v.:** propranolol, labetalol, esmolol. Si están contraindicados, dar diltiacem o verapamil i.v.
 - 3b. **Vasodilatadores:** nitroprusiato, nifedipina s.l., IECAS (junto con β-bloqueantes).

Características de calidad del traslado

1. Información al paciente y a familiares sobre el proceso.
2. Informe clínico pormenorizado.
3. En caso de riesgo vital, trasladar con ambulancia medicalizada.
4. Condiciones de traslado protocolizadas.
5. Adecuada elección de Hospital de destino.
6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
7. Transferencia del paciente, con informe y pruebas realizadas (adjuntar siempre ECG).

1.C. Entrada a través de una llamada al 061

Nota: Las actividades iniciales 1-4 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT potencialmente grave y son análogas para las 4 vías de entrada, que confluyen en la actividad número 5.

Operadores telefónicos/Médico coordinador del 061	
Actividades	Características de calidad
1. Recepción de la llamada del paciente	<ol style="list-style-type: none">1.1. La llamada será atendida rápidamente, sin demora alguna.1.2. Trato amable y correcto con la persona que efectúa la llamada (sea el paciente o su familia). Transmitir sensación de ayuda y confianza.1.3. Si la llamada se produce desde un servicio sanitario (médico o enfermero), se pasará comunicación directa con el médico coordinador.
2. Registro de datos	<ol style="list-style-type: none">2.1. Localización de la demanda (teléfono y dirección).2.2. El registro de los datos es simultáneo a la gestión de la llamada. No debe demorar la atención al paciente.2.3. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores (verificar, al despedir la llamada, los datos de localización).
3. Triage telefónico	<ol style="list-style-type: none">3.1. Protocolo de preguntas establecido y dirigido para sospecha de SCA y/o riesgo vital inminente. El protocolo debe recoger y considerar la sospecha de riesgo en grupos de presentación atípica de SCA como ancianos y diabéticos. Ante esta sospecha, hay que considerar que se deberá practicar siempre un ECG al paciente.3.2. Es aconsejable disponer de una base de datos de pacientes de alto riesgo (tipo Programa Corazón para pacientes con ingresos previos por SCA) que facilite y acorte los tiempos de asistencia.3.3. Supervisión de la gestión de llamada por un médico coordinador.3.4. Proporcionar consejos sanitarios adecuados a la sospecha diagnóstica.3.5. Conocimiento de los recursos sanitarios de la zona. Facilidad de comunicación con los mismos.3.6. Asignación, por el médico coordinador, de los recursos sanitarios adecuados a la sospecha de gravedad.

- 3.7. En casos de riesgo vital o sospecha de SCA, asignación de una ambulancia medicalizada, si es zona de cobertura directa 061. Si no es zona de cobertura directa o la ambulancia medicalizada del 061 está saturada, asignación del recurso cuya capacidad y disponibilidad en el tiempo sean las más adecuadas.
- 3.8. En caso de sospecha de riesgo vital y no disponibilidad del recurso adecuado, asegurar el traslado más rápido y en las mejores condiciones posibles hasta el centro sanitario cuya capacidad y tiempo de acceso sean los más adecuados.
- 3.9. Si la sospecha diagnóstica no se orienta hacia patologías con riesgo inmediato alto, asegurar la continuidad asistencial con otros recursos sanitarios.
- 3.10. Proporcionar consejos sanitarios adecuados a la patología sospechada.

Nota: La posibilidad de que pacientes de alto riesgo (muy especialmente de fibrilación ventricular) sean trasladados en ambulancias convencionales no medicalizadas hace aconsejable incidir en dos aspectos: formación en técnicas básicas de RCP y uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) y dotación en personal (dos técnicos por ambulancia) y medios (DEA, oxígeno).

Personal Médico y de Enfermería del 061

Actividades	Características de calidad
<p>4. Evaluación inicial (inmediata) de gravedad/urgencia en el domicilio del paciente</p>	<p>4.1. La evaluación inicial de un paciente que consulta por DT agudo, persistente y con indicios de gravedad, se hará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG.</p> <p>4.2. Para evitar demoras, la evaluación inicial se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida: (1) Anamnesis dirigida (enfocada al DT, factores de riesgo, enfermedades predisponentes a la presentación del SAA (HTA y Arteriosclerosis en edades avanzadas y Síndrome de Marfan, válvula aórtica bicúspide o Cirugía cardíaca en los menores de 40 años) y antecedentes cardiovasculares). (2) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC). (3) Interpretación del ECG.</p>

- 4.3. Esta evaluación inicial tendrá el objetivo concreto de estratificar el riesgo inicial del paciente, por lo que será una evaluación dirigida, en la que siempre se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, SAA (disección aórtica/hematoma aórtico intramural/úlceras aórticas penetrantes/aneurisma aórtico expansivo) y TEP.
- 4.4. El ECG será practicado siempre, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo, descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave.
- 4.5. El ECG de 12 derivaciones estará realizado e interpretado dentro de los 10 primeros minutos desde el comienzo de la asistencia, en casos con DT persistente. Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos).
- 4.6. La evaluación inicial deberá ser realizada por personal adecuadamente entrenado en la valoración de estos pacientes y en la interpretación del ECG.
- 4.7. Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo DT con indicios de gravedad estarán protocolizadas e incluirán:
 - (1) Monitorización ECG.
 - (2) Cercanía (relativa) a desfibrilador y medios de RCP.
 - (3) Reposo.
 - (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para una analítica basal urgente. Teniendo en cuenta la posibilidad de una fibrinólisis posterior, esta vía será fácilmente compresible y deberá ser canalizada por personal experimentado, de forma que se eviten punciones repetidas.
 - (5) Evitar inyecciones i.m.
 - (6) Pulsioximetría.
 - (7) Oxigenoterapia.
 - (8) Tratamiento del DT: siempre se tratará de aliviar rápidamente el DT, generalmente mediante NTG sublingual y analgésicos convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran.
 - (9) Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.
 - (10) AAS (ver nota posterior &).

4.8. Puesta en marcha de las medidas terapéuticas específicas, tan pronto se sospeche una etiología concreta del DT (enlace con los respectivos procesos, descritos separadamente). Si se sospecha cardiopatía isquémica (&), administrar inmediatamente NTG sublingual y AAS (160 a 325 mg, masticada), salvo contraindicación. Si se sospecha TEP, considerar anticoagulación urgente, salvo contraindicaciones. Si se sospecha SAA, usar mórficos para calmar el DT, no administrar antiagregantes plaquetarios y administrar tratamiento beta-bloqueante e hipotensor.

(&) Nota: Como la cardiopatía isquémica es la causa más frecuente del DT potencialmente grave, la administración de NTG y la AAS suele estar incluida dentro de las medidas generales en la mayoría de protocolos de dolor torácico.

Personal Médico y Enfermería del 061

Actividades	Características de calidad
<p>5. Ampliación de la evaluación inicial según la sospecha clínica</p>	<p>5.1. Si se sospecha síndrome aórtico agudo (SAA), ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos más frecuentemente asociados al SAA (ver apartados 7.1 y 7.2 de la vía de entrada por SCCUH del proceso SAA).</p> <p>5.2. Informar al paciente y familia sobre el proceso.</p>

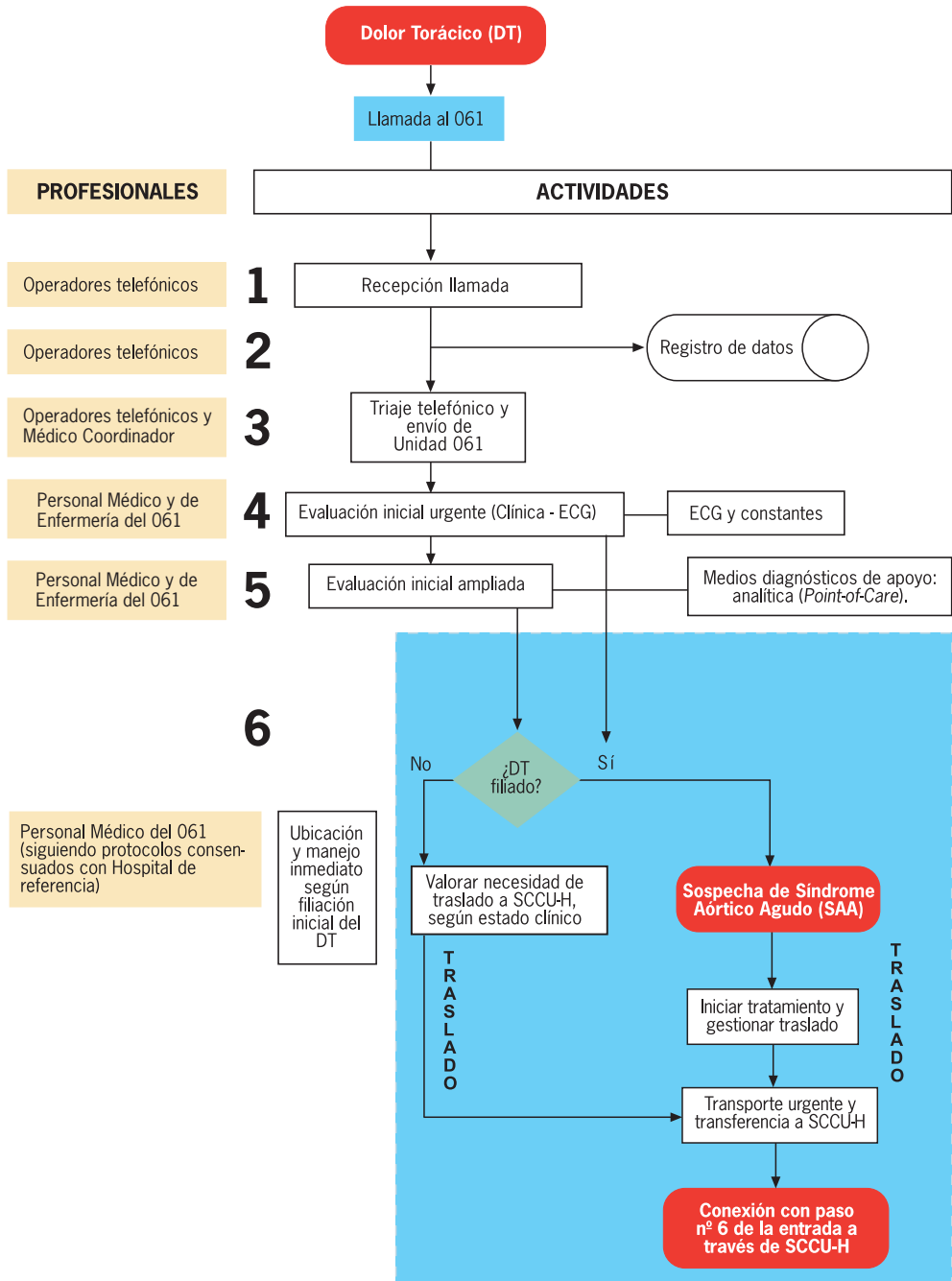
Personal Médico del 061 (siguiendo protocolos consensuados con Hospital de referencia)

Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT: transporte urgente en ambulancia al Hospital o alta domiciliaria</p>	<p>6.1. En el caso de que exista sospecha de SAA, se indicará traslado urgente al Hospital de destino. Aunque la evaluación inicial no haya sido concluyente, y no se haya alcanzado la sospecha de SAA, también debe trasladarse al Hospital a estos pacientes, dado el estado clínico de gravedad que suelen presentar.</p> <p>6.2. Los pacientes con sospecha de SAA presentan riesgo vital, por lo que el transporte se hará mediante la ambulancia medicalizada más rápidamente disponible en ese momento, ya sea la del DCCU-AP o la del 061. Siempre que sea posible (sin demorar la asistencia y/o el transporte del paciente), se avisará al Hospital de destino.</p> <p>6.3. El personal sanitario encargado deberá estar suficientemente entrenado en el manejo de pacientes graves, y las condiciones de traslado estarán protocolizadas, incluyendo monitorización continua (ECG y pulsioximetría), registro de constantes, evaluación clínica permanente y tratamiento adecuado a la sospecha clínica. Ante la sospecha fundada de SAA, se comenzará el tratamiento específico para estabilizar clínica y hemodinámicamente al paciente, con todas las medidas que estén disponibles, de entre las descritas en el apartado correspondiente (apartado 9, de la vía de entrada a través de un SCCU-H). En general, deben recibir tratamiento inmediato para controlar el dolor y conseguir cifras de TA sistólica entre 100-120 mmHg. Para ello deben administrarse morfínicos y betabloqueantes, asociando vasodilatadores si la TA sistólica persiste superior a 120 mmHg.</p> <p>6.4. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y la decisión tomada (recomendada) a cerca del traslado del paciente.</p> <p>6.5. El Hospital de destino debe ser el más adecuado para la recepción del paciente. No necesariamente debe ser el Hospital de referencia. Estos pacientes deberían ser tratados por unidades médico-quirúrgicas específicas, con</p>

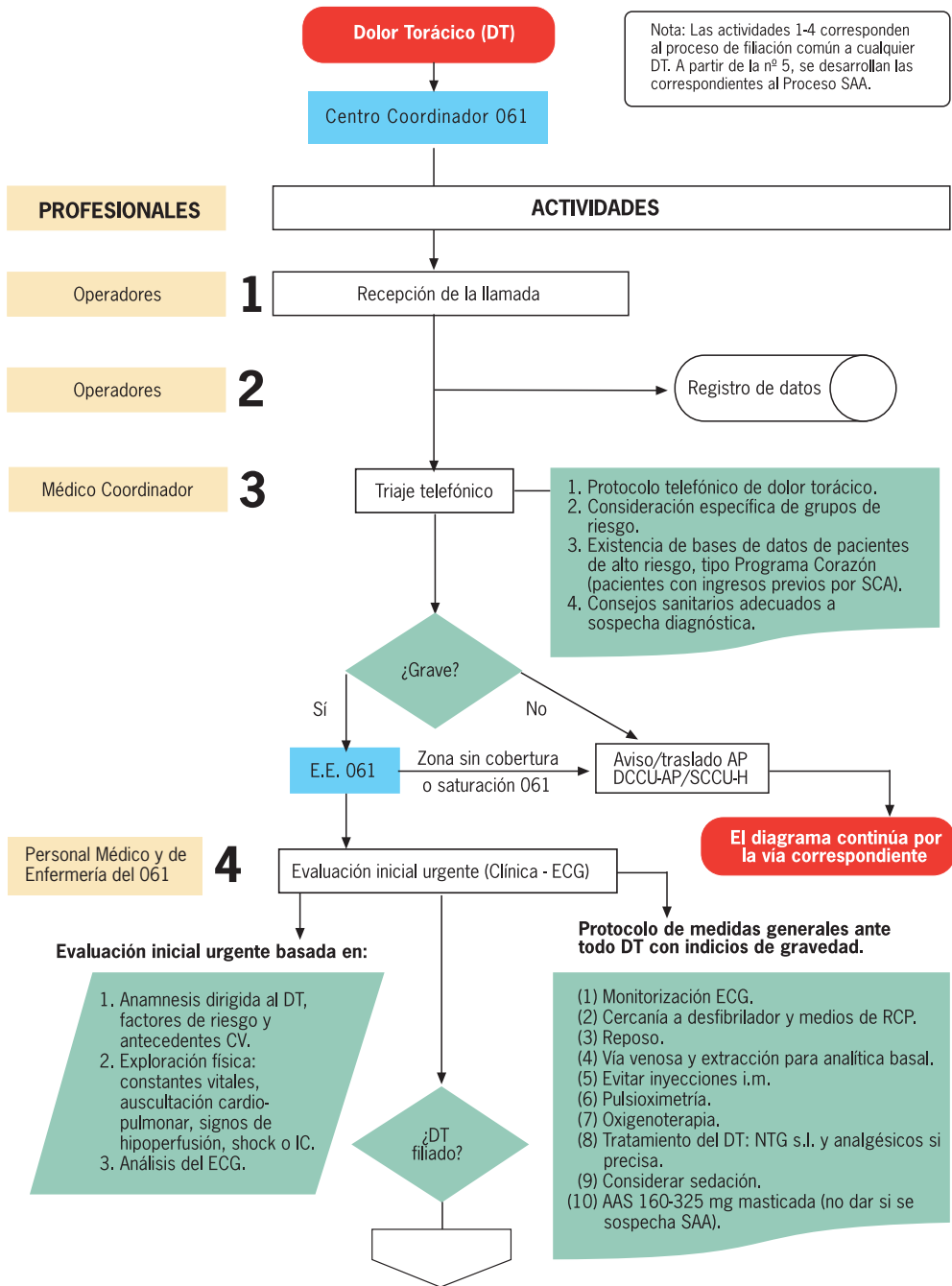
sistemas de alerta que garanticen que la evaluación preoperatoria, la estabilización del paciente, los preparativos de la cirugía del SAA y la propia cirugía, estén ultimados en el menor tiempo posible.

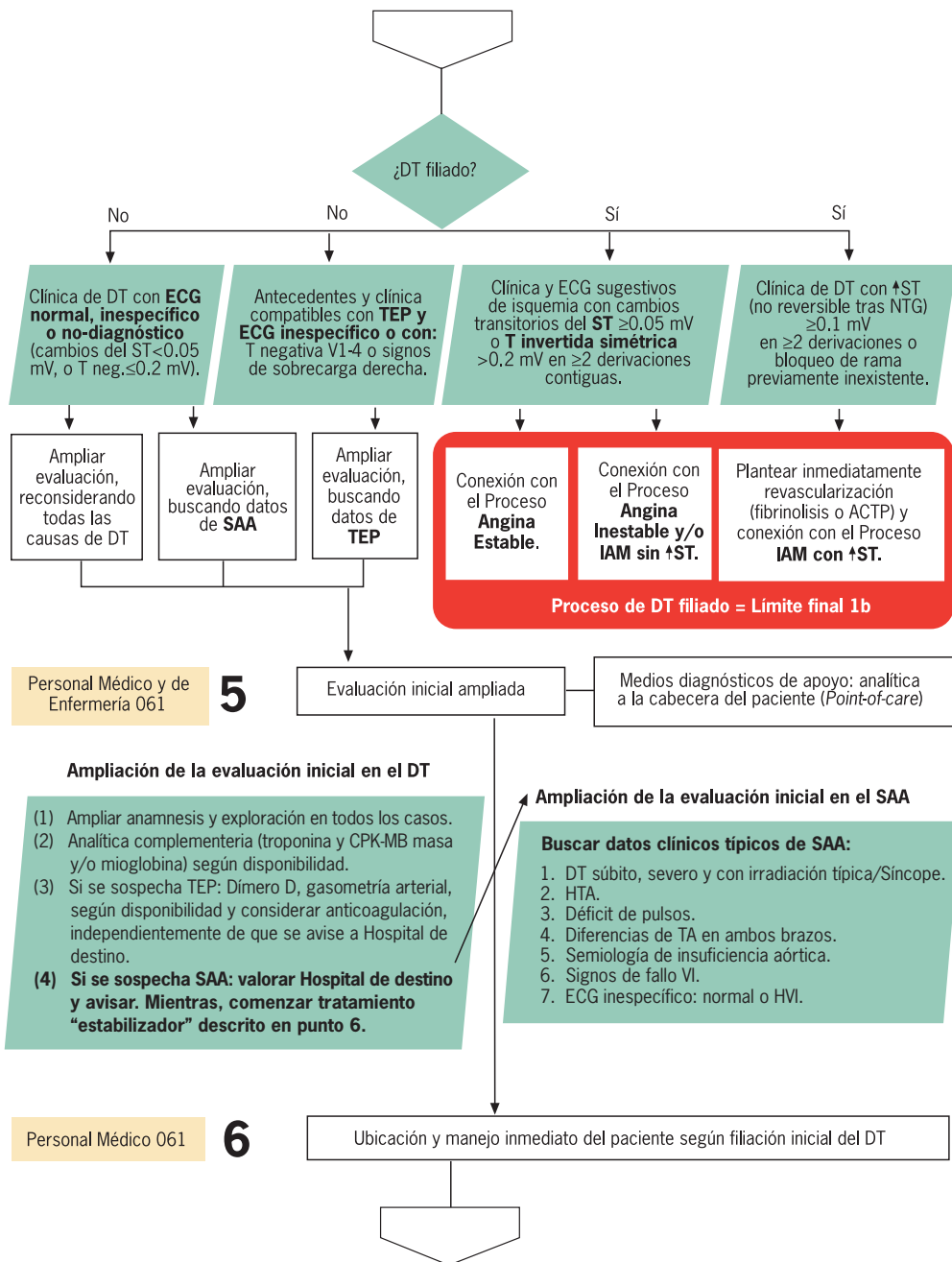
- 6.6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- 6.7. Transferencia del paciente, aportando informe clínico y pruebas realizadas, a Médico receptor identificado. En concreto, debe adjuntarse siempre el ECG, con indicación del momento de su realización y de la presencia o ausencia de dolor torácico durante la prueba. Este informe debe recoger toda la información que se considere relevante y, en concreto, debe incluir la cronología del dolor torácico, la evolución clínica del paciente y el tratamiento dispensado. Siempre debe acompañar al paciente para facilitar la continuidad asistencial.
- 6.8. Los medios que soportan toda la actividad de los equipos del 061 deben estar sometidos a los oportunos sistemas de control de calidad, tanto en lo que se refiere al uso de material homologado (sanitario y no sanitario) con proveedores acreditados, como a los procedimientos específicos de revisión, limpieza y mantenimiento.

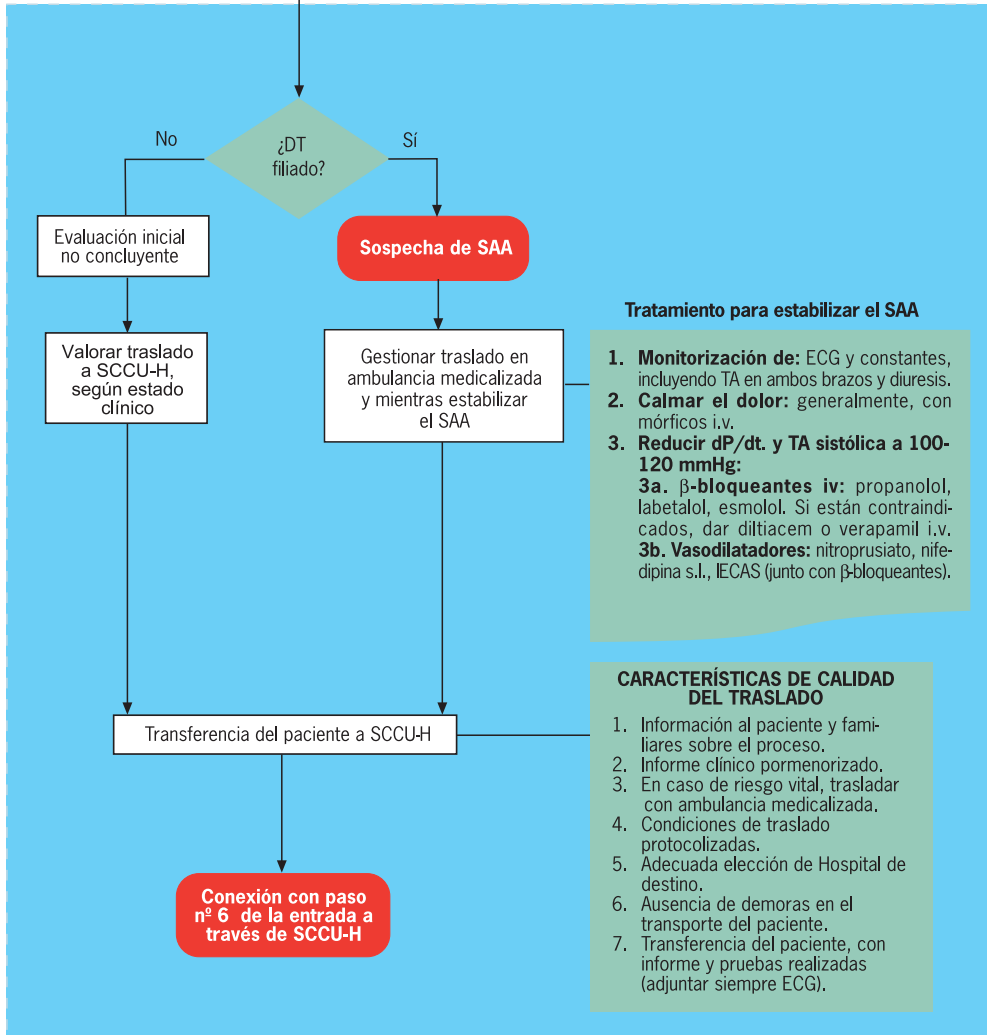
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.C: LLAMADA AL 061**



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.C: SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS 061.**







2. Entrada a través de consulta a Médico de Familia

Nota: Las actividades iniciales 1-4 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT potencialmente grave y son análogas para las 4 vías de entrada, que confluyen en la actividad número 5.

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
1. Gestionar cita para Médico de Familia	<ul style="list-style-type: none">1.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible.1.2. Atención personalizada, amable y correcta.1.3. Evitar demoras innecesarias.1.4. Posibilidad de citación telefónica.1.5. Buena gestión de plazos de cita. Citas adecuadas a la situación del paciente, incluyendo atención inmediata en caso de DT actual.

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
2. Registro de datos del paciente	<ul style="list-style-type: none">2.1. El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia. En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se establezca o se hará a través de algún familiar o acompañante.2.2. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores.2.3. Trato amable y correcto.

Personal Sanitario de AP	
Actividades	Características de calidad
3. Registro de ECG y toma de constantes	<ul style="list-style-type: none">3.1. Realización correcta de ECG de 12 derivaciones, por personal experto, de forma programada o urgente.3.2. En casos con DT actual y persistente, el ECG debe estar realizado en los primeros 5-10' desde la llegada del paciente.3.3. Existencia de un circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia, con registro urgente de ECG y constantes vitales, seguido de asistencia médica urgente.

Actividades	Características de calidad
<p>4. Evaluación inicial de cualquier DT</p>	<p>4.1. Accesibilidad flexible y ágil, en función de las necesidades del paciente. Atención inmediata en caso de DT actual.</p> <p>4.2. La evaluación inicial de un paciente que consulta por DT agudo, persistente y con indicios de gravedad, se hará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG.</p> <p>4.3. Para evitar demoras, la evaluación inicial se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Anamnesis dirigida (enfocada al DT, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares). (2) Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC). (3) Interpretación del ECG. <p>4.4. Esta evaluación inicial tendrá el objetivo concreto de estratificar el riesgo inicial del paciente, por lo que será una evaluación dirigida, en la que siempre se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, SAA y TEP.</p> <p>4.5. El ECG será practicado siempre, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo, descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave.</p> <p>4.6. El ECG de 12 derivaciones estará realizado e interpretado dentro de los 10 primeros minutos desde el comienzo de la asistencia, en casos con DT persistente. Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, el ECG se realizará y analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos).</p> <p>4.7. La evaluación inicial deberá ser realizada por personal adecuadamente entrenado en la valoración de estos pacientes y en la interpretación del ECG.</p> <p>4.8. Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo DT con indicios de gravedad estarán protocolizadas e incluirán las que estén disponibles de entre las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Monitorización ECG. (2) Cercanía (relativa) a desfibrilador y medios de RCP. (3) Reposo.

	<p>(4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para una analítica basal urgente.</p> <p>(5) Evitar inyecciones i.m.</p> <p>(6) Pulsioximetría</p> <p>(7) Oxigenoterapia.</p> <p>(8) Tratamiento del dolor torácico: siempre se tratará de aliviar rápidamente, generalmente mediante NTG sublingual y analgésicos convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran.</p> <p>(9) Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.</p> <p>(10) Antiagregantes (salvo sospecha de SAA). Generalmente con AAS o, en casos de alergia/intolerancia al AAS, clopidogrel.</p>
--	---

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p>5. Evaluación ampliada según sospecha clínica</p>	<p>5.1. Si se sospecha síndrome aórtico agudo (SAA), ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos típicos de SAA, descritos en los apartados correspondientes (7.1 y 7.2 de la vía de entrada por SCCU-H del proceso SAA), valorar Hospital de destino y avisar.</p> <p>5.2. Informar a paciente y familia sobre el proceso.</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT</p>	<p>6.1. Ante la sospecha de SAA, contactar urgentemente con el Centro Coordinador de Urgencias para solicitar el traslado en unidad medicalizada al SCCU-H del Hospital de destino. Mientras se gestiona el traslado seguir el protocolo de medidas generales ante DT con indicios de gravedad (apartado nº 4.8). Se debe hacer hincapié en mantener al paciente en reposo absoluto, evitar inyecciones i.m. y monitorizar ECG y constantes vitales. Asimismo se debe realizar un ECG en el que se anotará el nombre del paciente, momento de su realización y la presencia/ausencia de dolor torácico.</p>

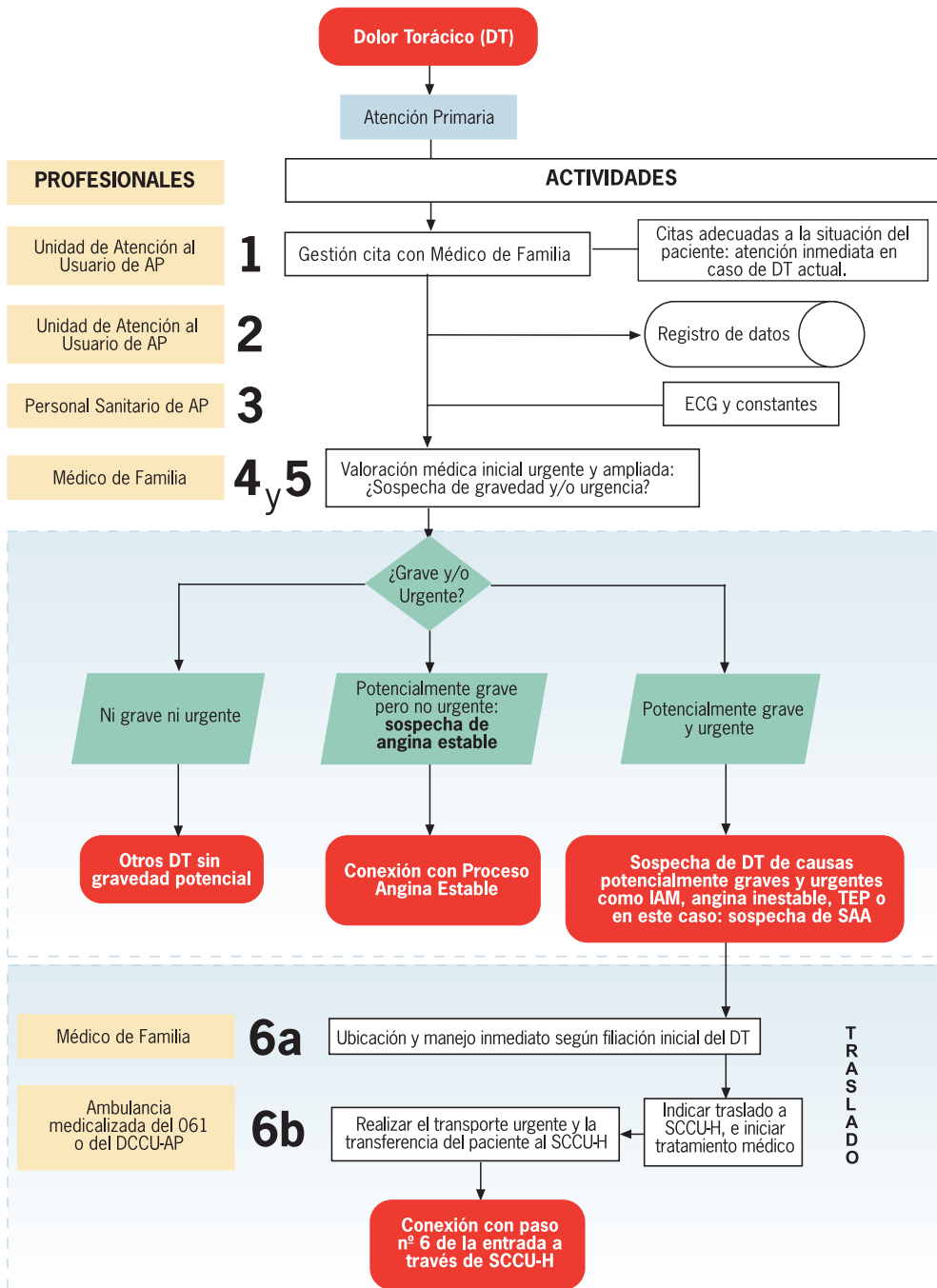
6.2. Ante una sospecha fundada de SAA, y en los casos en que se prevea que el traslado puede demorarse, comenzar el tratamiento específico para estabilizar clínica y hemodinámicamente el SAA, con todas las medidas que estén disponibles (*), de entre las descritas en el apartado correspondiente (apartado 9, de la vía de entrada a través de un SCCU-H). En general, se deben administrar morfínicos y tratamiento beta-bloqueante e hipotensor.

() Siempre que existan los medios adecuados para su administración y el personal esté suficientemente adiestrado en su manejo.*

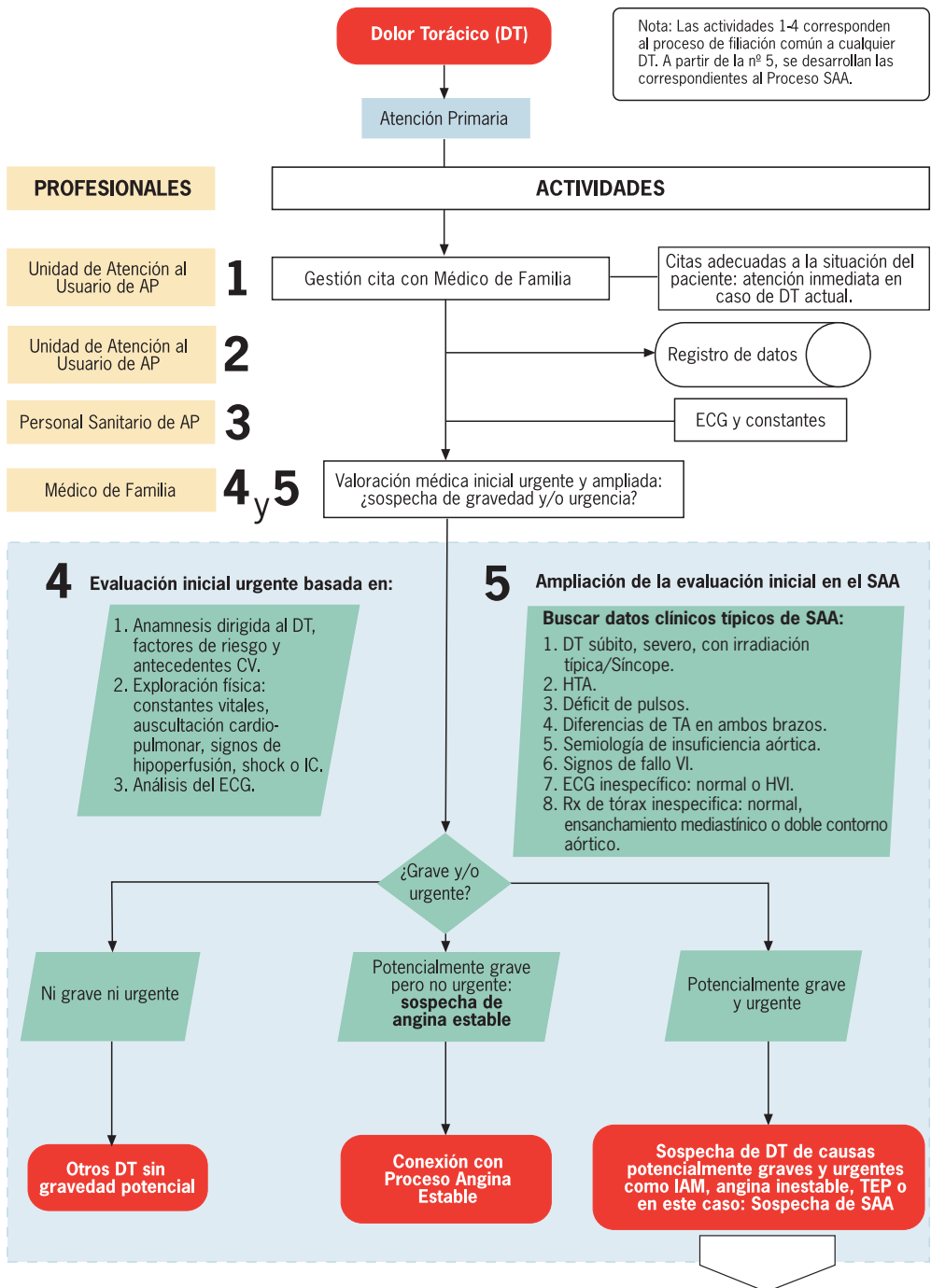
6.3. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y sobre la decisión tomada (recomendada), a cerca del traslado del paciente.

6.4. Se emitirá un informe clínico donde se especifique claramente: antecedentes, clínica actual del paciente, exploración física, constantes, y tratamiento administrado. Asimismo se adjuntarán las pruebas complementarias realizadas (ECG, Rx de tórax, etc) para facilitar la continuidad asistencial.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SINDROME AORTICO AGUDO
VÍA DE ENTRADA 2: CONSULTA CON MÉDICO DE FAMILIA



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 2: CONSULTA CON MÉDICO DE FAMILIA**



Médico de Familia

6a

Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT

Indicar traslado a SCCU-H, mediante la ambulancia medicalizada más rápidamente disponible, bien sea del 061, o la del DCCU-AP.

Mientras se gestiona el traslado:

- Seguir el Protocolo de Medidas Generales ante DT con indicio de gravedad.
- Si hay sospecha de SAA, comenzar el tratamiento para estabilizarlo.

Protocolo de Medidas Generales ante DT con indicios de gravedad: De estas 10 medidas, seguir las que estén disponibles. Al menos: Realizar ECG, reposo, evitar inyecciones i.m. y administrar analgésicos.

- (1) Monitorización ECG.
- (2) Cercanía a desfibrilador y medios de RCP.
- (3) Reposo.
- (4) Vía venosa y extracción para analítica basal.
- (5) Evitar inyecciones i.m.
- (6) Pulsioximetría.
- (7) Oxigenoterapia.
- (8) Tratamiento del DT: NTG s.l. y analgésicos si precisa.
- (9) Considerar sedación.
- (10) AAS 160-325 mg masticada (no darla si se sospecha SAA).

Tratamiento para estabilizar el SAA: de estas medidas, seguir las que estén disponibles. Al menos, administrar morfícos e hipotensores, excluyendo vasodilatadores arteriales.

- 1. Monitorización de:** ECG y constantes, incluyendo TA en ambos brazos y diuresis.
- 2. Calmar el dolor:** generalmente, con morfícos i.v.
- 3. Reducir dP/dt. y TA sistólica a 100-120 mmHg:**
 - 3a. β -bloqueantes i.v.:** propranolol, labetalol, esmolol. Si están contraindicados, dar diltiacem o verapamil i.v.
 - 3b. Vasodilatadores:** nitroprusiato, nifedipina s.l., IECAS (junto con β -bloqueantes).

Ambulancia medicalizada del 061 o del DCCU-AP

6b

Realizar el transporte urgente y la transferencia del paciente al SCCU-H

Mientras se gestiona el traslado:

- Seguir el Protocolo de Medidas Generales ante DT con indicio de gravedad.
- Si hay sospecha de SAA, comenzar el tratamiento para estabilizarlo.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL TRASLADO

1. Información al paciente y familiares sobre el proceso.
2. Informe clínico pormenorizado.
3. Trasladar con ambulancia medicalizada.
4. Condiciones de traslado protocolizadas.
5. Adecuada elección de Hospital de destino.
6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
7. Transferencia del paciente, con informe y pruebas realizadas (adjuntar siempre ECG).

Conexión con paso nº 6 de la entrada a través de SCCU-H

Subproceso de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave

Personal de Enfermería de cualquier ámbito: SCCU-H, DCCU-AP, 061 y AP.

Actividades	Características de calidad
<p>Evaluación inicial (inmediata) de gravedad/urgencia.</p> <p>Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado Dolor torácico genérico (no filiado).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción del paciente, colocación en camilla y ubicación en el área adecuada a su situación clínica asegurando la cercanía a desfibrilador y medios de RCP. Identificación inequívoca del paciente según plan de seguridad clínica del centro. 2. Inicio del circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia. 3. Cuidados básicos: Valorar y atender las necesidades alteradas inmediatas: dolor, oxigenación, circulación, nivel de conciencia, eliminación. 4. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – Controles: Realización inmediata de ECG. Toma y valoración de constantes vitales. Monitorización ECG. Pulsioximetría. – Administración medicación: NTG sublingual, AAS, O2 y resto de la medicación prescrita. – Canalización vía venosa periférica y extracción y envío de sangre para una analítica basal urgente. – Vigilar: Evolución del dolor, signos de hipoperfusión, shock o IC. 5. Comunicación: Escuchar al paciente. Explicar los procedimientos. Garantizar al paciente que la familia está siendo informada. Apoyo emocional al paciente y familia. 6. Registro de actividades según modelo protocolizado en cada centro.

Personal de Enfermería de SCCU-H

Actividades	Características de calidad
<p>Cuidados del paciente en el área de críticos de Urgencias.</p> <p>Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado Dolor torácico genérico (no filiado).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados básicos: Valorar y atender las necesidades alteradas (respiración, circulación, eliminación, termorregulación, bienestar, higiene). 2. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – Controles: Toma y valoración de constantes vitales y ECG. Realización de ECG seriados. Vigilar monitorización ECG. – Vigilancia de episodios de dolor torácico y/o disnea. – Asegurar la permeabilidad de vía venosa periférica.

- Administración de medicación prescrita. Mantenimiento de dispositivos de administración de oxígeno según prescripción.
 - Asegurar el reposo del paciente.
 - Extracción de muestras sanguíneas para una analítica protocolizada.
 - Identificación de posibles factores de riesgo coronario.
3. Comunicación:
- Escuchar al paciente. Explicar los procedimientos. Garantizar al paciente que la familia está siendo informada. Apoyo emocional al paciente y familia.
 - Potenciación de la seguridad psicológica del paciente: Identificar cambios en el nivel de ansiedad.
4. Registro de las necesidades detectadas, planificación y grado de ejecución de las actividades realizadas y pendientes, según modelos protocolizados en cada centro.
5. Traslado a UCI-Unidad Coronaria junto al Facultativo y Celador manteniendo la continuidad en el tratamiento y la vigilancia del curso clínico.

Personal de Enfermería de UCI – Unidad Coronaria

Actividades	Características de calidad
<p>Cuidados durante las primeras 24 horas. Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado Dolor torácico genérico (no filiado).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción y ubicación: Verificar la identidad del paciente. Aplicación del plan de acogida en UCI. Identificación y presentación del personal de la unidad. Asignación de enfermera referente. 2. Cuidados básicos: Valoración inicial y atención de las necesidades alteradas (respiración, circulación, eliminación, termorregulación, reposo-sueño, bienestar, higiene). 3. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – Controles: Monitorización del paciente y conexión a central de arritmias y monitorización de ST si es posible. Vigilancia de la monitorización. Toma, valoración y registro de constantes vitales, especialmente la TA (en ambos brazos) y diuresis. Monitorización de presiones invasivas, si hay arteria canalizada o Swan-Ganz. Realización de ECG a la llegada a la unidad, según la pauta prescrita y cada vez que haya un cambio clínico significativo (dolor, aparición de IC, roce, soplo, etc.) y una vez haya desaparecido el dolor. – Vigilancia y comunicación de nuevos episodios de dolor torácico y/o disnea, así como posibles signos-síntomas de hipoperfusión o insuficiencia cardíaca.

- Revisión y mantenimiento de vías venosas y canalización de nueva vía si es necesario. Control de las perfusiones de fármacos prescritas.
 - Toma de muestras para hemograma, coagulación y bioquímica, incluyendo marcadores cardíacos y perfil lipídico, según las prescripciones y cumpliendo los protocolos.
 - Administración de la medicación prescrita. Administración de oxígeno hasta que se controle el dolor y mientras la SAO₂ sea < 90%.
 - Seguimiento y vigilancia de posibles factores de riesgo coronario.
4. Comunicación: Escuchar al paciente. Explicar los procedimientos. Garantizar al paciente que la familia está siendo informada. Apoyo emocional al paciente y familia.
5. Historia de Enfermería que incluya:
- Valoración inicial por Patrones Funcionales de Salud (M. Gordon).
 - Identificación de etiquetas diagnósticas según NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).
 - Establecimiento de criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC).
6. Registro de los cuidados y actividades realizadas así como del plan de cuidados.

Personal de Enfermería de UCI - Unidad Coronaria

Actividades	Características de calidad
<p>Cuidados tras la estabilización inicial o a partir de las primeras 24 horas.</p> <p>Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado</p> <p>Dolor torácico genérico (no filiado).</p>	<p>1. Cuidados básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con el desarrollo del Plan de Cuidados estandarizado correspondiente. - Iniciar actividad física a partir de las 48 horas de estabilización del paciente y según pautas de Fase I del Programa de PS y RC del centro. Movilización precoz con ejercicios pasivos de articulaciones en todas las direcciones. Aprendizaje de respiración diafragmática. Incorporación en la cama. Movilización activa de extremidades. - Iniciar tareas sencillas: Alimentación. Colaboración en la higiene personal.

- Valorar intolerancia a la actividad: alteraciones en TA, FR, FC, arritmias. Evaluar pulsos periféricos y posible aparición de dolor y disnea.

2. Procedimientos de Enfermería:

- Controles: Monitorización del paciente. Toma, valoración y registro de constantes vitales. Monitorización de presiones invasivas, si hay arteria canalizada o Swan-Ganz.
- Realización de ECG cada 24 horas y cada vez que haya un cambio clínico significativo (dolor, aparición de IC, roce, soplo, etc.), una vez haya desaparecido el dolor y al alta de la unidad.
- Vigilancia y comunicación de nuevos episodios de dolor torácico y/o disnea, así como posibles signos-síntomas de hipoperfusión o insuficiencia cardíaca.
- Revisión y mantenimiento de vías venosas. Control de las perfusiones de fármacos prescritas.
- Toma de muestras según las prescripciones y cumpliendo los protocolos.
- Administración de la medicación prescrita. Administración de oxígeno durante los episodios de dolor torácico.
- Seguimiento y vigilancia de posibles factores de riesgo coronario.
- Vigilancia específica si el paciente es sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia, según protocolo de la Unidad de Hemodinámica. Observación del punto de acceso vascular y del apósito compresivo. Realización de ECG y constantes según pauta. Valoración de signos de sangrado y hematoma, si procede. A la retirada del introductor, controlar posibles complicaciones. Asegurar el cumplimiento de pautas de inmovilización del paciente.
- Si el paciente es sometido a cirugía cardíaca, aplicación del plan de cuidados específico.

3. Comunicación:

- Apoyo emocional y psicológico al paciente y familia.
- Información de los cuidados que hay que administrar. Inicio de actividades de educación sanitaria: Información oral y escrita sobre la enfermedad. Breve referencia sobre factores de riesgo coronario.
- Apoyo, si existen hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas).
- Explicar la existencia y posibilidad de incorporación a los Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPS y RC) que se desarrollan en el Hospital.

4. Registro y actualización del plan de cuidados, incluyendo identificación del cuidador principal, si procede.
5. Elaboración del informe de continuidad de cuidados.

Personal de Enfermería del área de hospitalización

Actividades	Características de calidad
<p>Cuidados durante la hospitalización del paciente. Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado Dolor Torácico genérico (no filiado).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de la identidad del paciente y aplicación del plan de acogida. Asignación de enfermera referente. 2. Cuidados básicos: <ul style="list-style-type: none"> – Continuar con el desarrollo del plan de cuidados estandarizado correspondiente con especial atención a los puntos que se mencionan a continuación: <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente cumple criterios de inclusión en Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca (PPS y RC) coordinar con la unidad correspondiente su inclusión. • Iniciar o continuar, si no hay contraindicación, actividad física según pautas de Fase I del Programa de PS y RC del centro. Movilización con ejercicios activos de articulaciones y extremidades. Aprendizaje de respiración diafragmática. Movilización cama-sillón. Paseos progresivos por la habitación y pasillo. – Favorecer que el paciente realice de manera independiente las actividades básicas de alimentación, higiene y eliminación. – Valorar antes, durante y después de las anteriores actividades, signos de intolerancia a la actividad. 3. Procedimientos de Enfermería: <ul style="list-style-type: none"> – Controles: Monitorización o telemetría si existe prescripción. Toma, valoración y registro de constantes vitales. Realización de ECG pautados y si aparece dolor. – Revisión y mantenimiento de vías venosas: Control de las perfusiones de fármacos prescritas. – Toma de muestras según las prescripciones y cumpliendo los protocolos. – Vigilancia y comunicación de nuevos episodios de dolor torácico y/o disnea, así como de posibles signos-síntomas de hipoperfusión o insuficiencia cardíaca. – Administración de medicación prescrita. – Seguimiento y vigilancia de posibles factores de riesgo coronario.

- Cumplimiento de protocolos establecidos previos a cateterismo cardíaco y cirugía.
 - Vigilancia específica si el paciente es sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia, según protocolo de la Unidad de Hemodinámica. Observación del punto de acceso vascular y del apósito compresivo. Realización de ECG y constantes según pauta. Valoración de signos de sangrado y hematoma si procede. A la retirada del introductor controlar posibles complicaciones. Asegurar el cumplimiento de pautas de inmovilización del paciente.
 - Si el paciente es sometido a cirugía cardíaca, aplicación del plan de cuidados específico.
4. Comunicación:
- Apoyo emocional y psicológico al paciente y familia.
 - Información de los cuidados a administrar.
 - Actividades de educación sanitaria, según pautas de Fase I del PPS y RC del centro.
 - Información oral y escrita sobre la enfermedad.
 - Aprendizaje de estrategias para identificación y manejo del dolor anginoso: Cese de actividad, pauta de administración de NTG s.l. y activación de los Servicios de Emergencia (inclusión en Programa Corazón).
 - Ofrecer la posibilidad de inclusión en aprendizaje de RCP básica a pacientes y familiares tras el alta.
 - Descripción de factores de riesgo coronario y medidas para su control, proporcionando apoyo para la corrección de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas).
 - Facilitar la accesibilidad a unidades de intervención específica (deshabitación tabáquica, dislipemias, hipertensión, diabetes, y nutrición).
5. Registro y actualización del plan de cuidados, incluyendo identificación y valoración del cuidador principal, si procede.
6. Solicitar la intervención de la enfermera gestora de casos, si procede, para planificación del alta.
7. Elaboración del informe de continuidad de cuidados.

Personal de Enfermería de Atención Primaria

Actividades	Características de calidad
<p>Cuidados tras el alta hospitalaria.</p> <p>Desarrollo Plan de Cuidados Estandarizado Dolor Torácico genérico (no filiado).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Recepción del informe de continuidad de cuidados. Desarrollo del plan de cuidados estandarizado correspondiente.2. Inclusión de los pacientes en programas específicos para el control de los factores de riesgo cardiovascular.3. Coordinar y activar la inclusión del paciente y familia en las redes de apoyo comunitarias, si es necesario. Colaboración con las actividades de Fase III a desarrollar en Atención Primaria por los PPS y RC y las Asociaciones de Pacientes Cardíacos.

Competencias profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: Imprescindible (I) y Deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los Procesos Asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de Médicos/as y Enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el Proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para Médicos/as y Enfermero/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este Proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los Procesos Asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA).	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios.	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida.	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario.	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales.	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico.	I	I	I				
C-0156	Conocimiento adecuado ECG.	I	I	I				
C-0537	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc.	I	I	I				
C-0524	Efectos secundarios e interacciones de fármacos.	I	I	I				
C-0536	Fisiopatología específica.	I	I	I				
C-0531	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad.	I	I	I				
C-0545	Semiología clínica.	I	I	I				
C-0555	Guías de práctica de uso.	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía.	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación.	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación).	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad.	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad.	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de la actividad asistencial.	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO.	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria.	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos.	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico.	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones.	D	I	I				
C-0560	Indicación y derivación a coronariografía y revascularización.	D	I	I				
C-0562	Indicación de técnicas de imagen ante sospecha de TEP, disección aórtica, etc.	D	I	I				
C-0566	Cardiología intervencionista.	D	I	I				
C-0567	Tratamiento quirúrgico según etiología DT.	D	I	I				
C-0568	Tratamiento fibrinolítico intra y extrahospitalario.	D	I	I				
C-0569	Test de isquemia miocárdica (ergometría, ecocardiografía de estrés, gammagrafía cardíaca, ...)	D	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema: conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización.	D	I	I				
C-0552	Transporte del enfermo crítico y no crítico desde el lugar del suceso hasta el Hospital, dentro del mismo y entre hospitales.	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas.	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario.	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones).	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo.	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis.	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica.	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos.	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles.	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones.	I	I	I				
H-0350	Interpretación y valoración de ECG.	I	I	I				
H-0343	Elaboración de anamnesis específica.	I	I	I				
H-0374	Valoración clínica adecuada del DT.	I	I	I				
H-0375	Adecuada estratificación del riesgo DT y consecuente ubicación del paciente.	I	I	I				
H-0376	Valoración de resultados de los medios diagnósticos del DT y pruebas complementarias.	I	I	I				
H-0377	Valoración de Rx de tórax.	I	I	I				
H-0069	Facilidad para la comunicación.	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente.	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar.	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio.	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita.	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo.	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo.	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación.	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina.	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre.	D	I	I				
H-0043	Manejo de equipos electromédicos.	D	I	I				
H-0378	Manejo de técnicas de cardiología intervencionista.	D	I	I				
H-0379	Manejo de técnicas quirúrgicas según etiología DT.	D	I	I				
H-0333	Técnicas de exploración específica.	D	I	I				
H-0380	Técnicas no invasivas DT (TIM). Ecocardiografía.	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual.	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo.	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso.	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática.	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés.	D	D	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua.	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades. Disponibilidad y accesibilidad.	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados.	I	I	I				

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0050	Responsabilidad.	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio.	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad.	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos.	I	I	I				
A-0048	Talante positivo.	I	I	I				
A-0051	Sensatez.	I	I	I				
A-0043	Discreción.	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador.	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico.	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo.	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen.	D	I	I				
A-0075	Creatividad.	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador.	D	I	I				
A-0038	Resolutivo.	D	I	I				
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos.	D	I	I				
A-0017	Generador de clima de confianza y seguridad.	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro.	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.).	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios.	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales.	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios).	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico.	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados).	I	I	I				
C-0524	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones en el DT (dolor, intolerancia a la actividad, déficit de conocimientos, reducción del gasto cardíaco...)	I	I	I				
C-0558	Cuidados de Enfermería específicos.	I	I	I				
C-0571	Cuidados de Enfermería específicos ante técnicas invasivas cardiológicas.	D	I	I				
C-0552	Transporte del enfermo crítico y no crítico desde el lugar del suceso hasta el Hospital, dentro del mismo y entre hospitales.	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos.	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica).	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación).	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0174	Bioética.	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico.	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas.	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones.	D	D	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo.	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis.	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados.	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita.	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica.	I	I	I				
H-0069	Facilidad para la comunicación.	I	I	I				
H-0381	Instruir al paciente sobre la importancia de notificar la presencia de DT.	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas.	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones.	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas.	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones).	D	I	I				

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL					1	2	3	4
		D	I	I					
H-0054	Informática, nivel usuario.	D	I	I					
H-0031	Gestión del tiempo.	D	I	I					
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio.	D	I	I					
H-0026	Capacidad para delegar.	D	I	I					
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles.	D	I	I					
H-0055	Capacidad docente.	D	I	I					
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos.	D	I	I					
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación.	D	I	I					
H-0078	Afrontamiento del estrés.	D	I	I					
H-0382	Identificación de ECG normal y de alteraciones.	D	I	I					
H-0383	Identificación de la intensidad del DT mediante escala de dolor.	D	I	I					
H-0384	Educación en conductas generadoras de salud en pacientes con DT.	D	I	I					
H-0385	Orientación al paciente con DT y a su familia sobre la disponibilidad de apoyo comunitario.	D	I	I					
H-0386	Adiestramiento del paciente con DT en el manejo de la medicación.	D	I	I					
H-0354	Manejo de equipos electromédicos.	D	I	I					
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre.	D	D	I					
H-0010	Capacidad de ilusionar y motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso.	D	D	I					
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual.	D	D	I					
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática.	D	D	I					

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL					1	2	3	4
		I	I	I					
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua.	I	I	I					
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I					
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad.	I	I	I					
A-0040	Orientación a resultados.	I	I	I					
A-0050	Responsabilidad.	I	I	I					
A-0046	Flexible, adaptable al cambio.	I	I	I					
A-0018	Honestidad, sinceridad.	I	I	I					
A-0041	Capacidad de asumir compromisos.	I	I	I					
A-0048	Talante positivo.	I	I	I					
A-0051	Sensatez.	I	I	I					
A-0043	Discreción.	I	I	I					
A-0009	Dialogante, negociador.	I	I	I					
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo.	I	I	I					
A-0024	Juicio crítico.	I	I	I					
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen.	D	I	I					
A-0007	Creatividad.	D	I	I					
A-0045	Colaborador, cooperador.	D	I	I					
A-0020	Proactivo.	D	I	I					
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos.	D	I	I					
A-0038	Resolutivo.	D	D	I					
A-0052	Visión de futuro.	D	D	I					
A-0047	Generador de clima de confianza y seguridad.	D	D	I					