

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente que, tras una obstrucción arterial pulmonar trombótica súbita, aqueja una sintomatología variada (dependiendo del tamaño del émbolo y de la situación cardiorrespiratoria previa) que puede incluir: disnea súbita inexplicada, taquipnea, dolor torácico (DT) pleurítico, ansiedad, tos, hemoptisis y síncope. El 90% de los tromboembolismos pulmonares (TEP) se originan en el sistema venoso de las extremidades inferiores, por lo que la trombosis venosa profunda (TVP) y el TEP se consideran parte de un mismo proceso fisiopatológico: la enfermedad tromboembólica venosa.

Definición funcional: Proceso por el que, tras consultar el paciente (generalmente por disnea y/o dolor torácico) en cualquier punto del SSPA, y tras dar los pasos necesarios para una primera e inmediata estratificación de riesgo, se establece una sospecha clínica de TEP y ésta es confirmada con las exploraciones complementarias pertinentes, de forma que se obtenga el diagnóstico definitivo en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Tan pronto se tiene una sospecha fundada de TEP, se procederá al tratamiento anticoagulante del paciente (salvo contraindicaciones). Una vez alcanzado el diagnóstico definitivo, se procederá inmediatamente al tratamiento más adecuado incluyendo generalmente anticoagulación y, ocasionalmente, trombolisis, embolectomía o colocación de filtros en vena cava inferior. Finalmente, se asegura la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite de entrada: Momento inicial en el que se establece una sospecha clínica de TEP ante un paciente que ha consultado en el SSPA (generalmente por disnea y/o dolor torácico) a través de 4 vías de entrada diferentes: (1) A través de Urgencias: El paciente acude a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), o recurre a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP) o bien llama al 061 (vías de entrada 1A, 1B y 1C, respectivamente). (2) A través de su Médico de Familia: El paciente consulta a su Médico de Familia (vía de entrada 2). Otro límite de entrada posible sería cuando un paciente hospitalizado por otro motivo presenta dolor torácico y/o disnea sospechosos de TEP. Para simplificar este documento, esta vía no será desarrollada, ya que las actuaciones serían análogas a las descritas en la entrada 1A (a través de un SCCU-H), con la salvedad de que serían realizadas por el personal de guardia correspondiente.

Límite final: Tras confirmar el TEP, éste es tratado médica y/o quirúrgicamente, tras lo cual se asegura la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite marginales: 1). Otras fuentes de embolismos pulmonares TEP no-trombóticas como: embolismos grasos, gaseosos, tumorales o sépticos. 2). Otras causas de dolor torácico y disnea que inicialmente pueden originar una sospecha clínica de TEP, pero ésta no se confirma tras las exploraciones complementarias correspondientes. Se trata, en definitiva, de los procesos que deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial del TEP, pero que no serán desarrollados en este documento. Entre ellos destacan: IAM, neumonía, fallo VI, hipertensión pulmonar primaria, asma, pericarditis, neumotórax y estados de ansiedad. 3). Tampoco se desarrollarán en este documento los casos o complicaciones especiales, como el TEP masivo que debuta con la muerte súbita del paciente o los TEP de repetición con hipertensión pulmonar crónica, ni otras complicaciones como el síndrome postflebítico.

Observaciones: La incidencia del TEP y su morbimortalidad es elevada, siendo la tercera causa de fallecimiento por patología cardiovascular después de la cardiopatía isquémica y el ictus. Además, constituye la primera causa de muerte evitable intrahospitalaria. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, ya que muchos episodios de TEP pueden tener poca expresividad clínica o presentar manifestaciones inespecíficas. Sin tratamiento, el TEP está asociado con una mortalidad del 30%, que se reduce al 2-8%, tras una identificación diagnóstica precisa seguida de un tratamiento anticoagulante adecuado. Estos datos reflejan la importancia del manejo adecuado de este proceso. Las actividades de Enfermería se van mencionando a lo largo del Proceso, junto con el resto de actividades. No obstante, los Planes de Cuidados de Enfermería se describen de forma más detallada en un subproceso independiente (ver Subproceso de Planes de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave).