

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, 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 Proceso TEP 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 de 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 a 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/UCI/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/UCI 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>

- 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 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 TEP y comienzan tan pronto surge una sospecha clínica de TEP, 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 ulterior, exploraciones adicionales y tratamiento inicial, tras establecerse una sospecha de TEP</p>	<p>7.1. Dada la gran variedad de formas de presentación clínica del TEP, éste puede sospecharse en diversos momentos del proceso asistencial. Precozmente, en la evaluación inicial (apartados previos nº 4 y 5), durante el "Periodo de observación y test 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. Esta sospecha clínica debe establecerse de forma razonada, ya que en la práctica esta patología unas veces es sobrediagnosticada y otras infra-diagnosticada.</p>

- 7.2. Ante la sospecha inicial de TEP, se buscarán los factores de riesgo o factores predisponentes (enumerados en la Tabla 1 y que están presentes en el 80-90% de los casos de TEP). Se buscarán especialmente antecedentes de: inmovilización, cirugía en los 3 meses previos, cáncer, tromboflebitis y traumatismos de extremidades inferiores (que deben ser exploradas meticulosamente).
- 7.3. Ante la sospecha inicial de TEP, se buscarán específicamente los datos clínicos más frecuentemente asociados al TEP, que se detallan en la Tabla 2. Concretamente, en todos los pacientes que presenten una combinación de disnea aguda inexplicada, taquipnea, dolor pleurítico, e hipoxemia, sin otra causa que lo justifique en la Rx de tórax, debe descartarse el TEP. La frecuencia respiratoria debe ser registrada en todos los pacientes con sospecha de TEP. Asimismo, se les debe haber practicado: ECG, Rx de tórax, analítica (incluyendo dímero-D) y gasometría arterial.
- 7.4. Debe establecerse una estimación de la probabilidad clínica de TEP, asociando la presencia de factores de riesgo (Tabla 1) y de datos clínicos típicos de TEP (Tabla 2), de la forma en que se detalla en la Tabla 3. Todos los pacientes considerados de "alta probabilidad" y una proporción variable de los de "probabilidad intermedia" (dependiendo de la valoración individual de cada caso), serán considerados como "sospecha clínica fundada o razonada de TEP", y en ellos habrá que observar las medidas que se exponen a continuación.
- 7.5. Tan pronto exista una "sospecha clínica fundada o razonada de TEP", se consultará urgentemente con los servicios de Atención Especializada más relacionados con dicha patología (UCI y/o Neumología y/o Cardiología, y/o Medicina Interna según Protocolo Interservicios y disponibilidad de urgencia en cada centro) y se indicará reposo absoluto, anticoagulación urgente (salvo contraindicaciones) e ingreso hospitalario (en cama monitorizada o no según situación clínica) para: (1) Tratamiento anticoagulante o fibrinolítico y (2) Confirmar diagnóstico mediante técnicas de imagen. En cualquier caso, ante una "sospecha clínica fundada o razonada de TEP", se comenzará el tratamiento antitrombótico apropiado (salvo contraindicaciones) con carácter urgente, sin esperar a la confirmación definitiva del TEP mediante las técnicas de imagen.

7.6. Los pacientes en estado crítico (inestabilidad hemodinámica, hipoxia grave), por TEP masivo y/o por patología cardiorrespiratoria previa, serán ingresados en UCI, mientras que los pacientes con situación clínica estable pueden ser ingresados directamente en camas de hospitalización convencional.

Unidad de Atención al Usuario del Hospital (Servicio de Admisión de Urgencias)

Actividades	Características de calidad
<p>8. Trámites administrativos de ingreso en UCI o planta de hospitalización</p>	<p>8.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible.</p> <p>8.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>8.3. Evitar demoras innecesarias.</p> <p>8.4. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores.</p> <p>8.5. Ingreso con una ubicación adecuada, en función de su estado clínico.</p>

Personal Sanitario de la UCI

Actividades	Características de calidad
<p>9. Estabilización y tratamiento inicial urgente del TEP en estado crítico</p>	<p>9.1. El personal sanitario de UCI hará todo lo posible por facilitar una cama en esta unidad a los pacientes con sospecha de TEP en estado crítico (por TEP masivo y/o por patología cardiorrespiratoria previa).</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, los tratamientos y las actividades encaminadas a lograr una atención de calidad para su paciente. Coordinará la atención de otros especialistas que pudieran participar en el proceso y, en los casos en los que el paciente presente cambios evolutivos que implican traslado de unidades asistenciales, debe asegurarse que siempre sea identificable la figura del nuevo Médico responsable, quien asegurará la continuidad asistencial.</p> <p>9.3. Vigilancia y control del estado del paciente, con monitorización de ECG, constantes vitales y oximetría.</p>

- 9.4. Determinar niveles de BNP y troponina (si no estaban ya hechos), y considerar la realización de ecocardiograma urgente para valorar la existencia de sobrecarga/disfunción del VD (tabla 5), así como para descartar que el estado crítico del paciente se deba a otras patologías.
- 9.5. Tratamiento según GPC, con 4 objetivos: (1) Proporcionar tratamiento anticoagulante o fibrinolítico. (2) Calmar el dolor. (3) Proporcionar oxigenoterapia suplementaria. (4) Mejorar la situación hemodinámica del paciente. Para ello, destacamos algunas recomendaciones fundamentales de las GPC que se expresan a continuación.
- 9.6. En casos de TEP masivo, con inestabilidad hemodinámica, hipoxia grave, disfunción VD en el ecocardiograma, oclusión de la arteria pulmonar >50% u oclusión de 2 o más arterias lobulares, puede optarse por el tratamiento fibrinolítico. En ausencia de contraindicaciones absolutas para el mismo, debe realizarse trombolisis en todos los pacientes con TEP masivo complicado con shock y/o hipotensión (TA sistólica < 90 mmHg). En pacientes con perfusión tisular y TA normales, pero con evidencia clínica o ecocardiográfica de disfunción VD (TEP submasivo), puede optarse por fibrinolisis (en ausencia de contraindicaciones para la misma) o por heparina i.v. En pacientes cuyo TEP no es masivo ni submasivo (TEP sin sobrecarga VD), no deben administrarse fibrinolíticos sino heparina. En los casos de TEP masivo con indicación de fibrinolisis, pueden emplearse cualquiera de las pautas trombolíticas aprobadas por la FDA para el TEP, que se reseñan en la Tabla 4. Si hay contraindicaciones para el tratamiento fibrinolítico, o si no hay mejoría en la hora siguiente a su administración, hay que considerar una embolectomía urgente percutánea o mediante cirugía abierta. En estos casos de TEP masivo, especialmente si hay contraindicaciones para el tratamiento anticoagulante y/o fibrinolítico, se debe considerar también el emplear un filtro en la vena cava inferior, para prevenir un nuevo TEP que pudiera ser fatal.
- 9.7. En la gran mayoría de casos de TEP, el tratamiento principal es la anticoagulación con heparina, seguida de dicumarínicos, según se especifica en los apartados 11.4 y 11.5.
- 9.8. Tratamiento del dolor: debe proporcionarse analgesia a los pacientes con TEP y dolor pleurítico severo, pero deben evitarse los morfínicos en los pacientes con colapso cardiovascular incipiente, por su efecto hipotensor. Un antiinflamatorio no-esteroides (AINE) puede ser más efectivo que

un narcótico para aliviar el dolor pleurítico y su administración es generalmente segura a pesar de la anticoagulación concomitante.

9.9. La hipoxemia debe ser tratada mediante oxigenoterapia suplementaria e incluso puede considerarse la ventilación mecánica temporal para evitar que se desarrolle una insuficiencia respiratoria franca.

9.10. Para mejorar la situación hemodinámica (en casos de insuficiencia cardíaca derecha y shock cardiogénico), el fármaco de primera elección es la dobutamina, ya que, además de sus efectos inotrofos positivos, tiene un efecto vasodilatador pulmonar. Los diuréticos y los vasodilatadores sistémicos no están indicados.

Pruebas solicitadas por: SCCU-H, Neumología, UCI, MI o Cardiología (según Protocolo Interservicios del Hospital) y realizadas por: Laboratorio, Radiología y Medicina Nuclear

Actividades	Características de calidad
<p>10. Confirmar diagnóstico de TEP, mediante técnicas diagnósticas de imagen</p>	<p>10.1. Para confirmar la sospecha clínica de TEP, se valorará la conveniencia de solicitar alguna de las pruebas diagnósticas previamente enumeradas en el apartado 5 (si es que no se han realizado todavía). Para ello, se han desarrollado varios algoritmos diagnósticos (ver Figuras 1, 2 y 3) que incluyen resultados de analítica (dímero D, por ELISA) y técnicas de imagen: gammagrafía V/Q (gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión, aunque lo habitual es que sólo se realice una gammagrafía de perfusión pulmonar), TC torácico espiral con contraste, eco-doppler de miembros inferiores, flebografía y arteriografía pulmonar. Algunas de estas pruebas diagnósticas se solicitan en los primeros momentos de la evaluación del paciente en el SCCU-H (dímero-D, por ejemplo), mientras que otras se realizan en la UCI o la planta de hospitalización. A su vez, estas pruebas son efectuadas e interpretadas por personal de Laboratorio, Radiología y/o Medicina Nuclear. Por tanto, la confirmación diagnóstica del TEP es una actividad en la que pueden intervenir multitud de profesionales del SSPA.</p> <p>10.2. La selección de la prueba más idónea para confirmar la sospecha de TEP se hará teniendo en cuenta las particularidades de cada caso clínico, así como la experiencia y disponibilidad de cada prueba en un centro determinado.</p>

- 10.3. En los diversos algoritmos diagnósticos de TEP, se considera la Angio-TC como la principal técnica de imagen diagnóstica del TEP, por lo que, en general, debe solicitarse idealmente en las primeras 24 horas de toda sospecha razonada de TEP no masivo. En caso de sospecha de TEP masivo, las técnicas de imagen pertinentes deben solicitarse en la primera hora. A los pacientes con una Angio-TC de buena calidad sin hallazgos, no es necesario realizarles más técnicas diagnósticas y no precisan tratamiento para TEP.
- 10.4. La gammagrafía pulmonar podría considerarse como una técnica de imagen inicial si es rápidamente accesible, la Rx de tórax es normal y no hay enfermedad cardiopulmonar coexistente. Siempre debe interpretarse de forma estandarizada y se indicará la probabilidad de TEP, de acuerdo con los criterios de los estudios PIOPED o PISA-PED. Un resultado "no diagnóstico" obliga a la realización de otras técnicas diagnósticas de imagen.
- 10.5. Un dímero-D mayor de 500 mg/l mediante ELISA tiene una sensibilidad del 98-100% y una especificidad del 35-40% para TVP/TEP. Su determinación mediante un test rápido de látex no es tan precisa como mediante ELISA. Una probabilidad clínica baja de TEP junto a un valor normal de dímero-D prácticamente excluyen el TEP (valor predictivo negativo > 95%; probabilidad post-test de TEP, 0.7% a 2%), y no es preciso efectuar exploraciones adicionales. Sin embargo, con una probabilidad clínica alta de TEP, la determinación del dímero-D o su valor son irrelevantes.
- 10.6. La angiografía pulmonar ha sido considerada como el *gold standard* para el diagnóstico de TEP. Pero, por ser invasiva, costosa y requerir personal especializado, sólo debe ser considerada en pacientes con sospecha fundada de TEP, cuando las otras exploraciones no han podido confirmar el diagnóstico, o cuando no es factible realizarlas por estar el paciente en estado crítico.
- 10.7. La incorporación de la Angio-TC (tomografía computerizada multicorte con contraste y programa vascular) ha modificado los algoritmos diagnósticos de TEP y es una alternativa a la gammagrafía V/Q y a la angiografía pulmonar. Con respecto a la gammagrafía V/Q, la Angio-TC aporta las ventajas de que puede realizarse de urgencia y que da sólo un 10% de resultados "no concluyentes". Esto es especialmente importante en los pacientes cuyas Rx de tórax muestran anomalías en el parénquima pulmonar. Con respecto a la angiografía pulmo-

nar, la Angio-TC aporta la ventaja de ser menos invasiva. Su inconveniente reside en que no detecta pequeños émbolos distales en arterias subsegmentarias.

- 10.8. El ecocardiograma no suele formar parte de las técnicas diagnósticas de primera línea en la mayor parte de algoritmos de estudio del TEP, salvo en el caso del paciente en estado crítico o hemodinámicamente inestable. En estos casos, con sospecha de TEP masivo o submasivo, el ecocardiograma es muy útil para valorar la existencia de sobrecarga de cavidades derechas y/o disfunción VD, en cuya ausencia no estaría indicado un tratamiento fibrinolítico. Raramente permite la visualización directa de trombos en cavidades derechas. En el resto de casos de TEP también tiene utilidad para valorar la posible presencia de hipertensión pulmonar, disfunción VD (signo de mal pronóstico), disfunción VI asociada y, finalmente, para descartar otras patologías que cursen con dolor torácico y/o disnea.
- 10.9. Una vez confirmado el TEP con algunas de las exploraciones mencionadas, no debe perderse tiempo solicitando otras técnicas de imagen adicionales, salvo que persistan dudas diagnósticas.

Personal Sanitario de la planta de hospitalización de Neumología, MI o Cardiología (según Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>11. Tratamiento médico en la planta de hospitalización</p>	<p>11.1. 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, los tratamientos y las actividades encaminadas a lograr una atención de calidad para 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 impliquen el traslado de unidades asistenciales, debe asegurarse que siempre sea identificable la figura del nuevo Médico responsable, el cual asegurará la continuidad asistencial.</p> <p>11.2. Durante la estancia en la planta de hospitalización, se vigilará el estado del paciente, con controles adecuados de ECG, constantes vitales y oximetría, de acuerdo con el estado clínico del paciente.</p>

- 11.3. Tratamiento según GPC, con 3 objetivos: (1) Proporcionar tratamiento anticoagulante. (2) Calmar el dolor. (3) Proporcionar oxigenoterapia suplementaria. Para ello, destacamos algunas recomendaciones fundamentales de las GPC que se expresan a continuación.
- 11.4. En la gran mayoría de casos de TEP, el tratamiento principal es la heparina y debe instaurarse en pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta de TEP, antes de realizar las técnicas de imagen. La heparina no fraccionada (HNF) i.v. debe utilizarse (a) como una primera dosis en bolo, (b) en TEP masivo o (c) cuando puede ser necesario revertir el efecto rápidamente. En ausencia de estas condiciones se prefiere desde el principio la heparina de bajo peso molecular (HBPM) ya que tiene igual eficacia y seguridad y es más fácil de usar (ver dosis en Tabla 6).
- 11.5. El tratamiento anticoagulante debe continuarse con dicumarínicos. Estos pueden administrarse desde el primer día de comienzo con la heparina y deben administrarse conjuntamente con ella durante 4-5 días debido al posible efecto procoagulante inicial de los mismos. La dosis de dicumarínicos debe ajustarse para conseguir un INR entre 2 y 3. El tratamiento anticoagulante debe mantenerse durante 3 meses en pacientes con TEP debido a factores de riesgo transitorios. Si el TEP no tiene factor de riesgo conocido, se recomienda un mínimo de 6 a 12 meses, dependiendo del balance entre el beneficio de evitar recurrencias y el riesgo de hemorragia en cada caso. En general el tratamiento anticoagulante se realizará con dicumarínicos, pero en pacientes con cáncer se recomienda HBPM durante los primeros 3 a 6 meses de tratamiento.
- 11.6. Tratamiento del dolor: debe proporcionarse analgesia a los pacientes con TEP y dolor pleurítico severo, pero deben evitarse los morfínicos en los pacientes con colapso cardiovascular incipiente, por su efecto hipotensor. Un antiinflamatorio no-esteroidal (AINE) puede ser más efectivo que un narcótico para aliviar el dolor pleurítico y su administración es generalmente segura a pesar de la anticoagulación concomitante.
- 11.7. Administrar oxigenoterapia suplementaria, adecuada al grado de hipoxemia del paciente.

Personal Sanitario de Hematología

Actividades	Características de calidad
12. Control del estado de coagulación	<p>12.1. Descartar estados de hipercoagulabilidad primaria, en sujetos menores de 50 años con TEP recurrente o con fuerte historia familiar de tromboembolismo. Aunque se sospeche precozmente un estado de hipercoagulabilidad, generalmente su estudio se completará posteriormente, una vez se haya interrumpido el tratamiento anticoagulante durante el seguimiento ambulatorio del paciente (ver apartado 16.4)</p> <p>12.2. Efectuar los controles de coagulación necesarios y los correspondientes reajustes del tratamiento anticoagulante con heparina y/o dicumarínicos, de forma que se mantenga un nivel adecuado de anticoagulación. En el caso de la HNF, debe mantenerse un TPTA entre 1.5 y 2.5 veces el límite superior de la normalidad del valor control y en el caso de los dicumarínicos debe conseguirse un INR en torno a 2.5 (entre 2 y 3). Para identificar las trombocitopenias secundarias a heparina, se efectuarán recuentos plaquetarios a las 24 horas de iniciar dicho tratamiento y tras 7-10 días del mismo.</p> <p>12.3. En caso de recurrencias del TEP, valorar si han ocurrido a pesar de un nivel adecuado de anticoagulación.</p>

Radiología Intervencionista, Hemodinámica

Actividades	Características de calidad
13. Implantación de un filtro en vena cava inferior	<p>13.1. Tras haberse documentado y tratado un TEP, habrá que considerar la implantación de un filtro en vena cava inferior en las siguientes circunstancias: (a) cuando la anticoagulación está contraindicada; (b) cuando ha recurrido el TEP, a pesar de un nivel adecuado de anticoagulación y (c) en pacientes de muy alto riesgo (hipertensión pulmonar severa, <i>cor pulmonale</i> crónico, etc.), en los que un nuevo TEP podría ser fatal.</p>

Personal Sanitario de la planta de hospitalización de Neumología, MI o Cardiología (según Protocolo Interservicios del Hospital)

Actividades	Características de calidad
<p>14. Tratamiento médico final y alta hospitalaria</p>	<p>14.1. Emisión de un informe clínico de asistencia, donde se especifique claramente: el estado clínico del paciente, las exploraciones realizadas y las pendientes 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.</p> <p>14.2. El tratamiento médico al alta del paciente constará básicamente de dicumarínicos, que se mantendrán durante un mínimo de 3 a 6 meses, con los correspondientes controles para conseguir un INR de alrededor de 2.5 (entre 2 y 3).</p> <p>14.3. Antes de proceder al alta hospitalaria, el INR tiene que estar en el nivel mencionado (entre 2 y 3) y el paciente debe tener ya una cita para la revisión ambulatoria de Hematología y Neumología.</p> <p>14.4. En los casos de TEP con evidencia de trombosis venosa profunda (TVP) proximal de MMII, se debe añadir al tratamiento medias elásticas de compresión gradual que deben usarse de forma rutinaria para prevenir el síndrome postflebitico comenzando el primer mes desde el diagnóstico de la TVP y continuando un mínimo de 1 año.</p> <p>14.5. Informar al paciente y a la familia acerca del proceso, de sus factores favorecedores y de las medidas preventivas para evitarlos. Informar de los efectos colaterales del tratamiento anticoagulante y de sus interacciones con otros fármacos.</p>

Nota: Las actividades finales 15-18 corresponden al seguimiento ambulatorio del paciente y comienzan tras el alta hospitalaria del mismo. Su finalidad es garantizar la continuidad asistencial.

Unidad de Atención al Usuario del Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>15. Tramitar cita para Consulta de Neumología</p>	<p>15.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible.</p> <p>15.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>15.3. Evitar demoras innecesarias.</p> <p>15.4. Posibilidad de citación telefónica.</p> <p>15.5. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes correctamente identificados, sin errores.</p> <p>15.6. Buena gestión de plazos de cita.</p>

Consultas de AE, preferentemente Neumología

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 los 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.</p> <p>16.2. Tras el alta hospitalaria por TEP, el seguimiento de estos pacientes debe estar adecuadamente programado para verificar su respuesta al tratamiento, su evolución clínica, las posibles recurrencias de TVP/TEP y/o las complicaciones. La frecuencia de las revisiones deberá individualizarse en función de la presencia de factores de riesgo de TEP, de la magnitud del TEP previo y su grado de resolución, así como de la presencia de enfermedades cardiorrespiratorias concomitantes. En general, la primera revisión del paciente debe programarse entre las 6 y 12 semanas tras el alta hospitalaria.</p> <p>16.3. Las revisiones deben incluir: exploración física, ECG, Rx de tórax y, en alguna de las revisiones (por ejemplo a los 6 meses), la verificación de la evolución favorable del TEP mediante alguna técnica de imagen. En casos seleccionados, requerirán exploraciones complementarias adicionales: En casos de TEP sobre patología respiratoria de base, que hayan sido dados de alta con oxigenoterapia domiciliaria, se repetirá la gasometría arterial. En casos de TVP, verificar su evolución favorable mediante eco-doppler de MMII. En casos de TEP que hayan cursado con hipertensión pulmonar importante debe considerarse la necesidad de verificar la resolución de la misma mediante un <i>ecocardiograma</i> de control. Finalmente, tras suspender la anticoagulación, se debe considerar la posibilidad de completar el estudio de <i>hipercoagulabilidad</i>, especialmente en pacientes jóvenes con embolismos recurrentes y/o sin factores de riesgo claros de TVP/TEP.</p>

- 16.4. El tratamiento médico durante las revisiones ambulatorias constará básicamente de dicumarínicos, que se mantendrán durante un mínimo de 3 a 6 meses, con los correspondientes controles para conseguir un INR de alrededor de 2.5 (entre 2 y 3). A partir de ese momento, se valorará individualizadamente (según edad, factores de riesgo de TEP y su reversibilidad), la posibilidad de discontinuar el tratamiento anticoagulante.
- 16.5. Emisión de un informe clínico de asistencia, donde se especifique claramente: el estado clínico del paciente, las exploraciones realizadas y las pendientes 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.

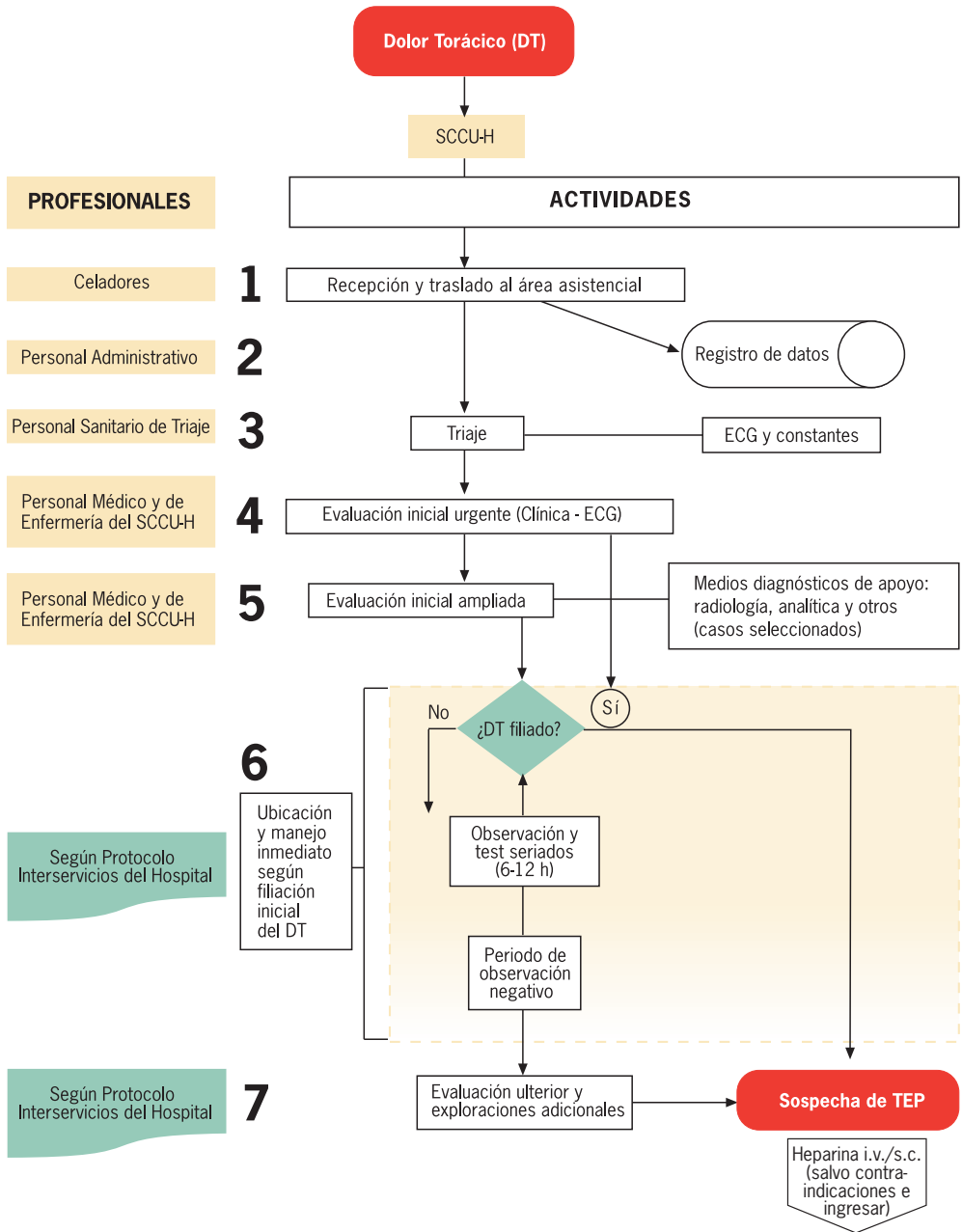
Unidad de Atención al Usuario de AP

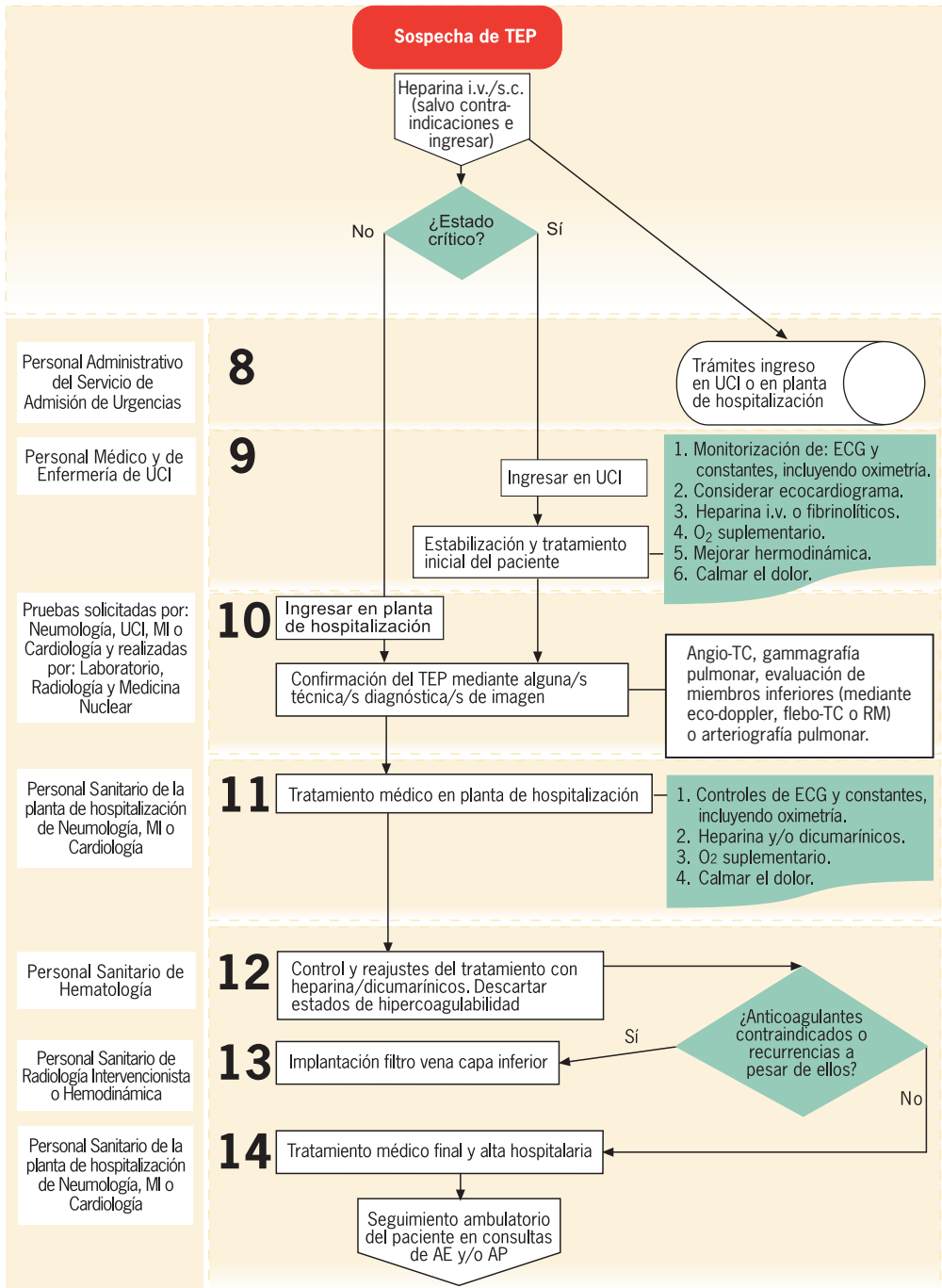
Actividades	Características de calidad
<p>17. Gestionar cita para Médico de Familia</p>	<p>17.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible.</p> <p>17.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>17.3. Evitar demoras innecesarias.</p> <p>17.4. Posibilidad de citación telefónica.</p> <p>17.5. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores.</p> <p>17.6. Buena gestión de plazos de cita.</p>

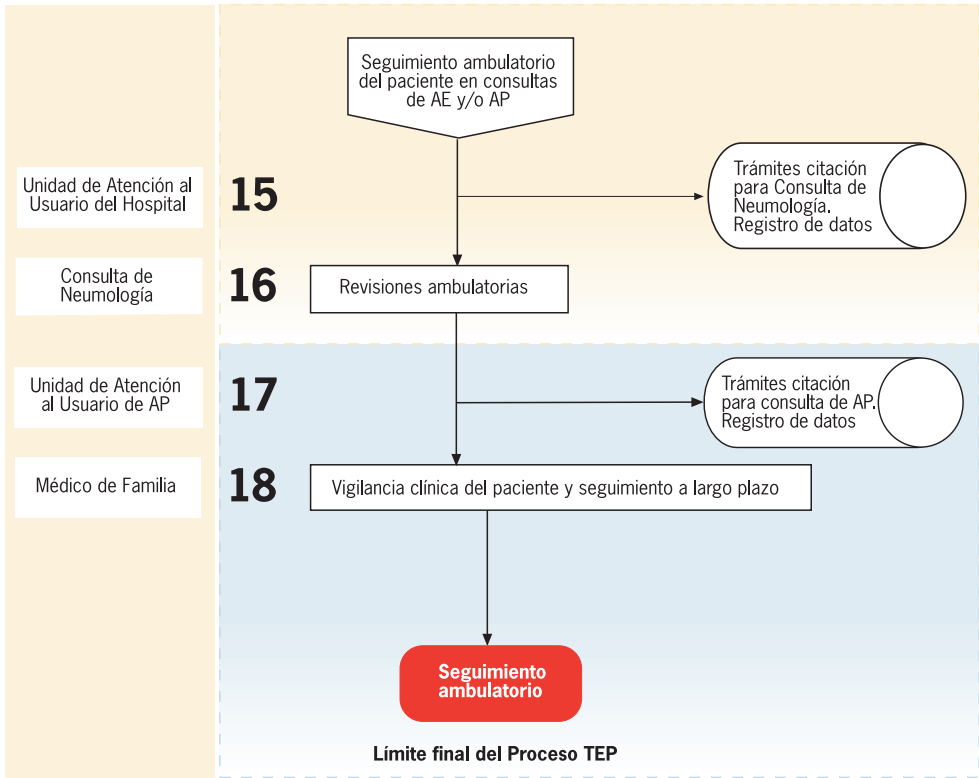
Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p>18. Vigilancia clínica del paciente y seguimiento a largo plazo</p>	<p>18.1. Accesibilidad flexible y ágil, en función de las necesidades del paciente.</p> <p>18.2. Monitorización adecuada del cumplimiento y la respuesta al tratamiento. En concreto, monitorización estrecha de los controles de coagulación.</p> <p>18.3. Educación sanitaria. Información sobre medidas preventivas de TVP y TEP.</p> <p>18.4. Información y promoción de hábitos saludables y de control de factores de riesgo para TVP y TEP.</p> <p>18.5. Informar de los efectos colaterales del tratamiento anti-coagulante y de sus interacciones con otros fármacos.</p> <p>18.6. Vigilancia periódica de síntomas-signos de nuevos episodios de TVP y TEP.</p> <p>18.7. Identificación correcta y remisión sin demora de situaciones de agravamiento que requieran nueva consulta de Atención Especializada.</p>

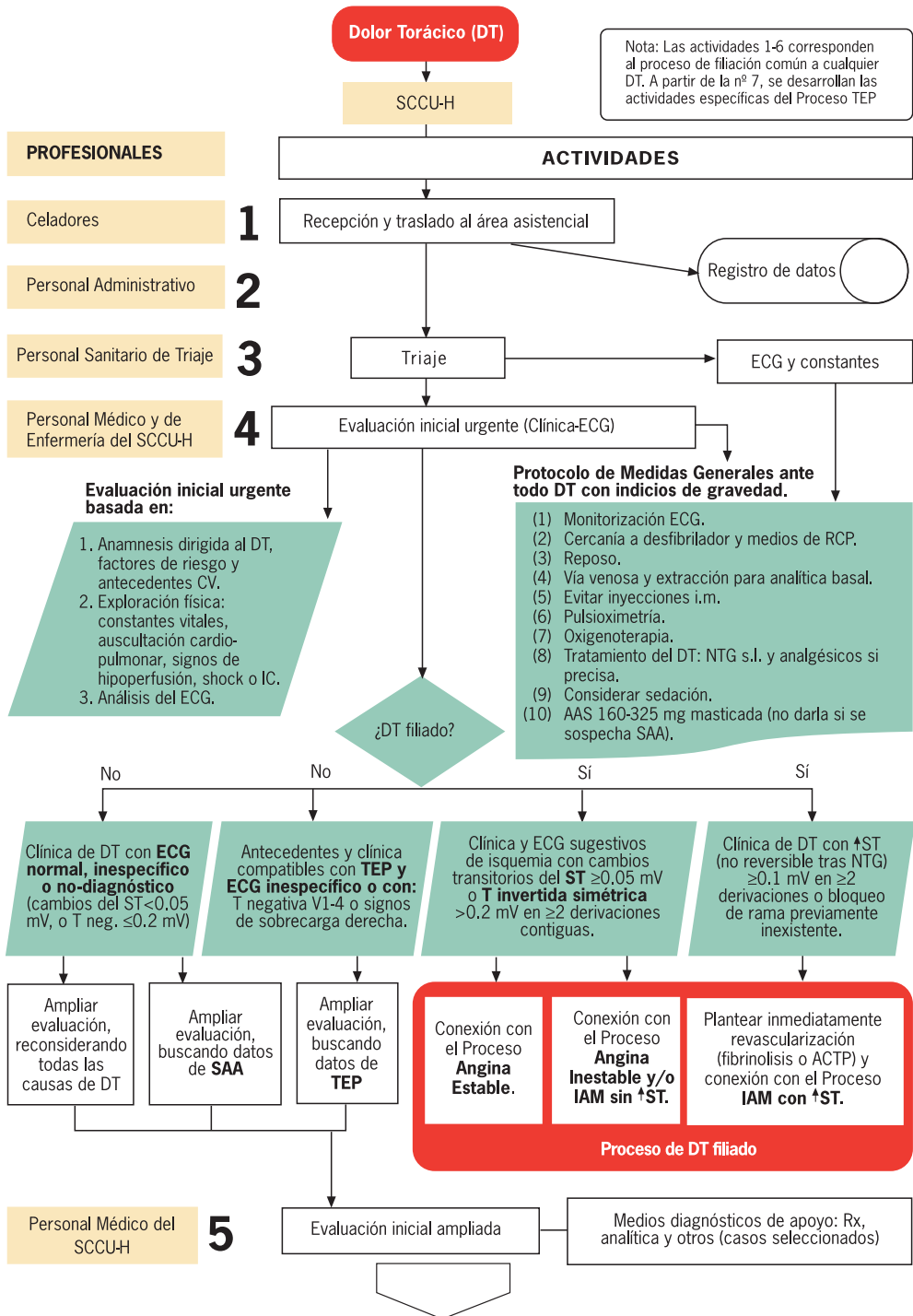
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA 1.A: SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS HOSPITALARIO (SCCU-H)**







ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP). VÍA DE ENTRADA 1.A: SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS HOSPITALARIO (SCCU-H)



Personal Médico del SCCUH

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 soliciten Angio-TC, gammagrafía pulmonar, evaluación de miembros inferiores (mediante ecodoppler, flebo-TC o RM) o arteriografía pulmonar.**
- (4) Si se sospecha SAA (síndrome aórtico agudo) solicitar: TC torácico, ecocardiograma (ETT/EFE) o RM, según experiencia y disponibilidad.

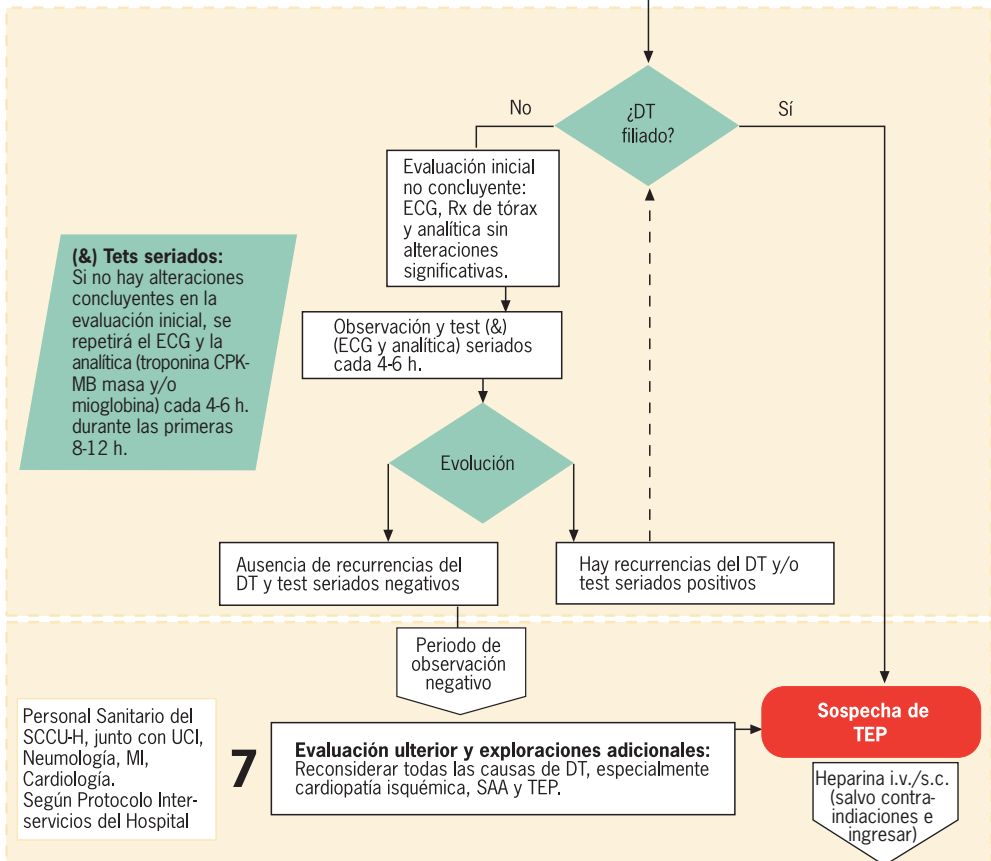
Ampliación de la evaluación inicial en el TEP

- 1. Buscar factores de riesgo de TEP:** Inmovilización, cirugía reciente, cáncer, tromboflebitis y traumatismos en MMII (ver Tabla 1)
- 2. Buscar datos clínicos típicos de TEP:** Disnea aguda inexplicada, taquipnea, dolor pleurítico e hipoxemia, sin otra causa que lo justifique en la Rx de tórax (ver Tabla 2)
- 3. Estimar clínicamente la probabilidad de TEP:** (ver Tabla 3)

Según Protocolo Interservicios del Hospital

6

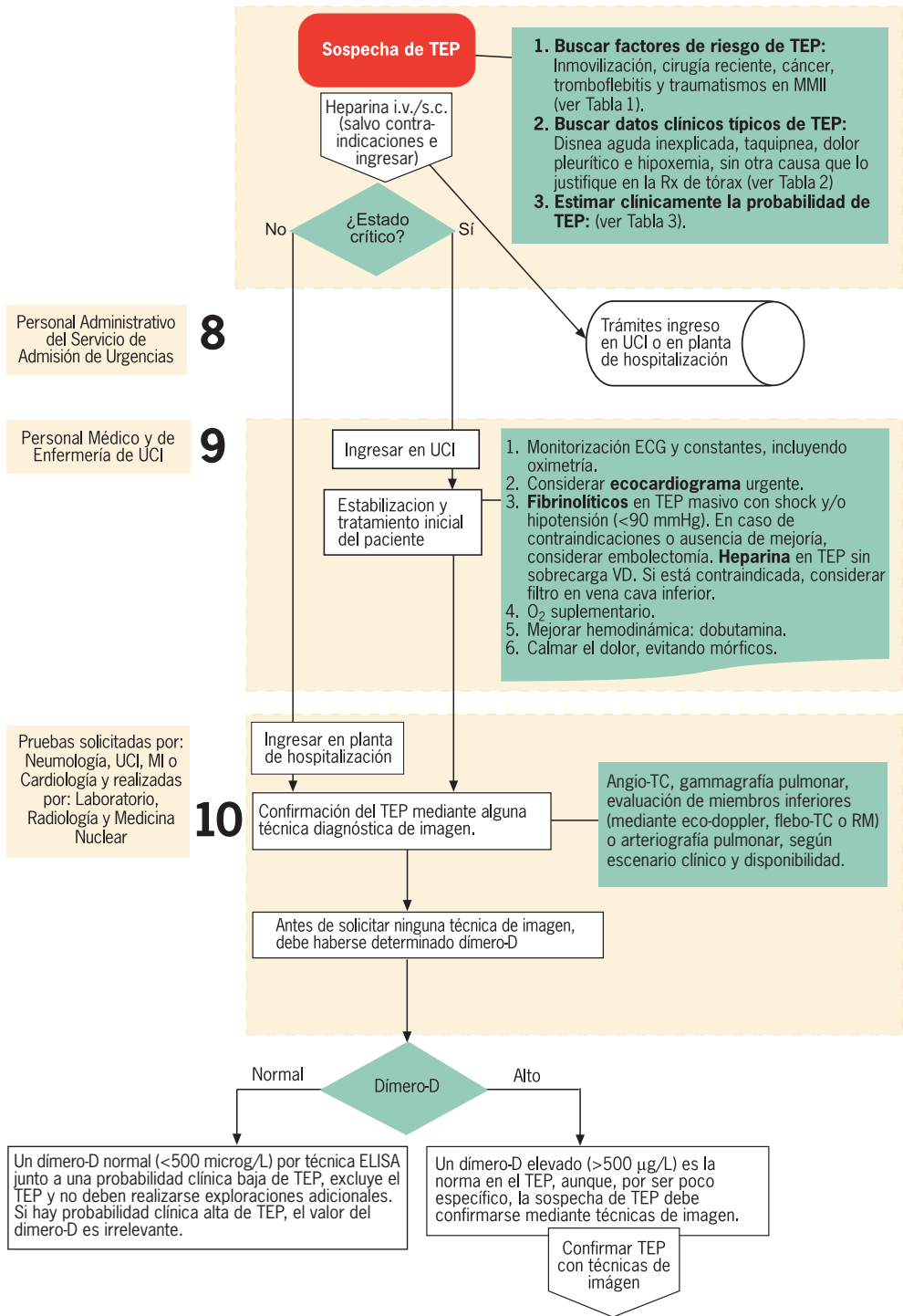
Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

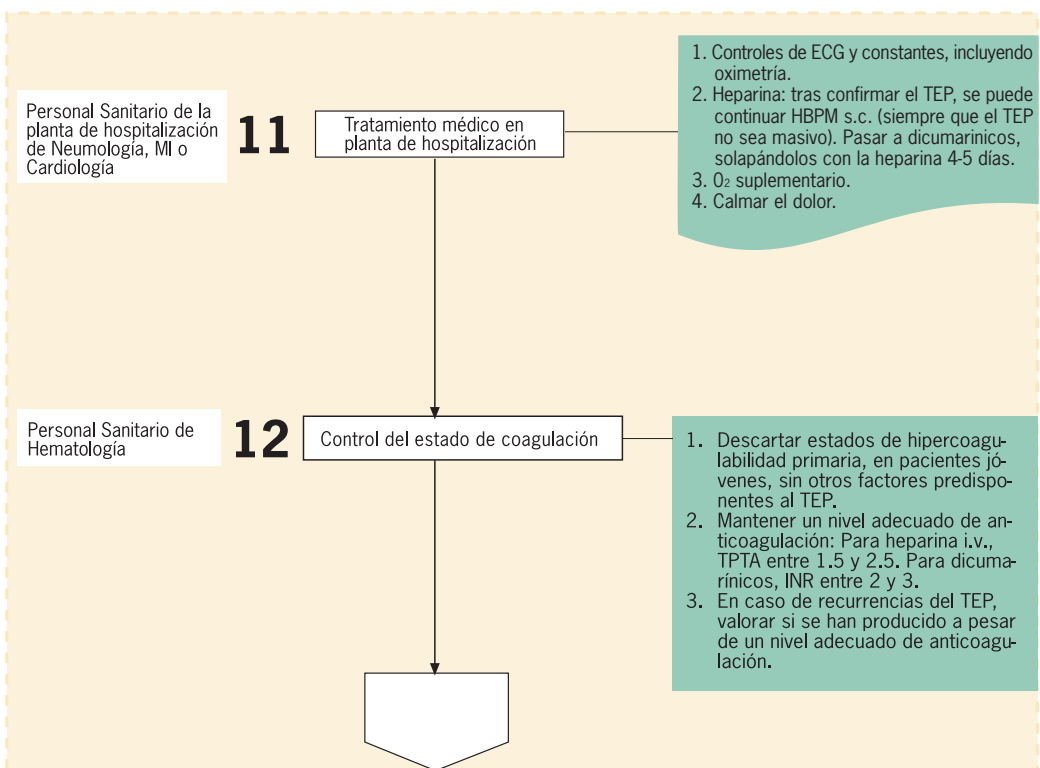
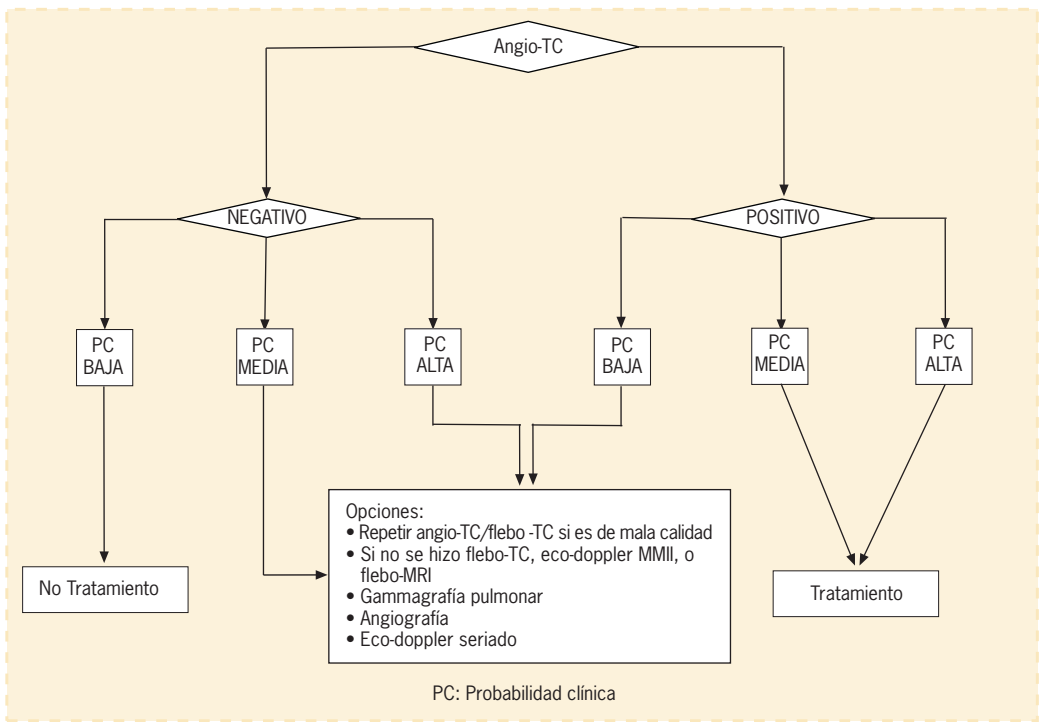


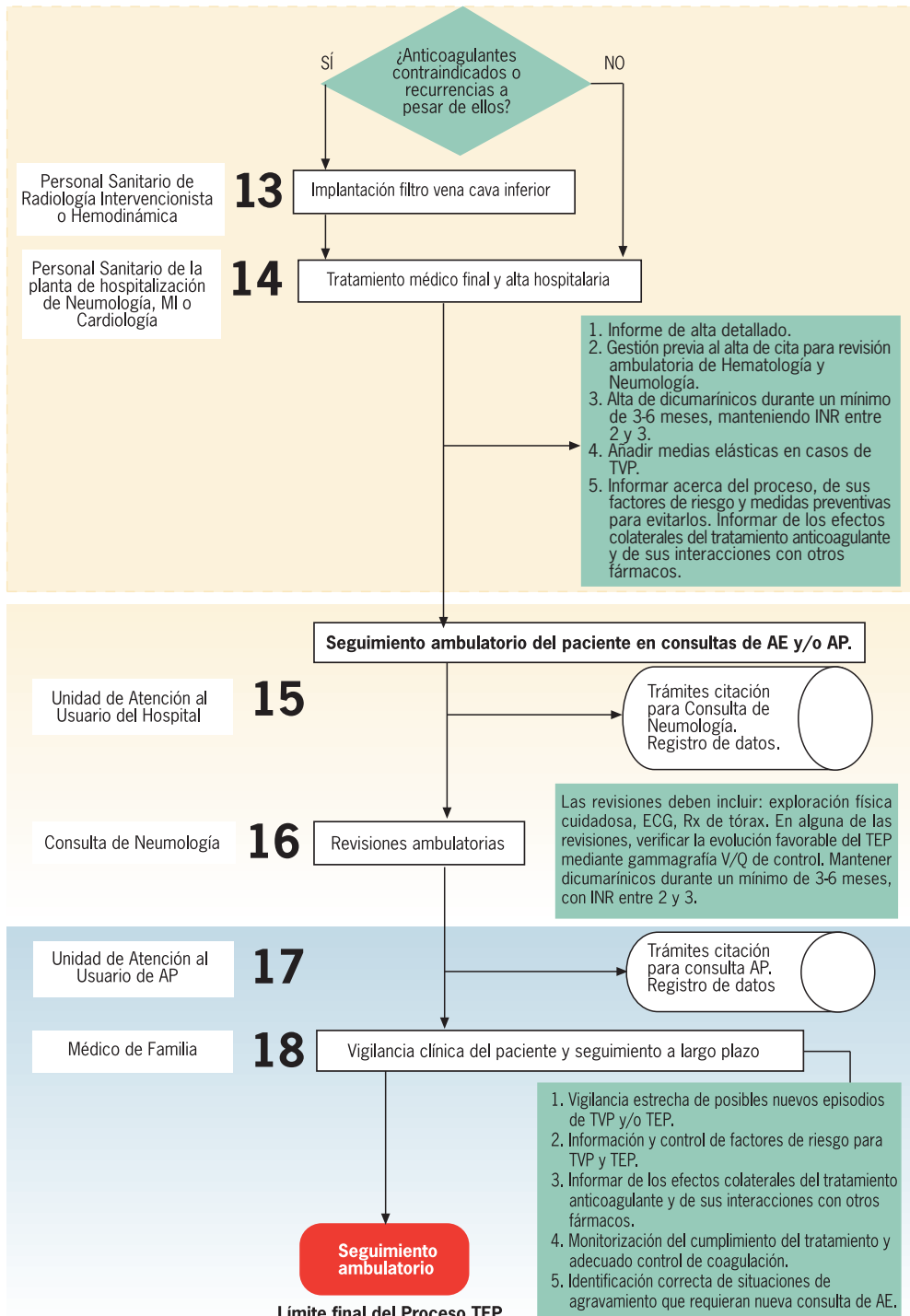
Personal Sanitario del SCCUH, junto con UCI, Neumología, MI, Cardiología. Según Protocolo Interservicios del Hospital

7

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







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

Nota: Las actividades números 1-4 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT y, por tanto, son exactamente coincidentes con los pasos 1-4 del Proceso Dolor Torácico genérico (no filiado). A partir de la número 5, se desarrollan las actividades específicas del Proceso TEP en el DCCU-AP.

Celadores del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Recepción y traslado del paciente</p>	<p>1.1. Traslado inmediato, sin demora, del paciente desde la puerta del DCCU-AP hasta la zona de atención sanitaria.</p> <p>1.2. El traslado se realizará en silla de ruedas o en camilla, y evitando siempre que el paciente realice esfuerzo alguno.</p> <p>1.3. Trato amable y correcto con el paciente y su familia.</p> <p>1.4. El paciente debe ser recibido por personal experimentado en esta labor.</p>

Celadores del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p>2. Registro de datos del paciente</p>	<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 su atención rápida y la disponibilidad de los datos del mismo lo antes posible.</p> <p>2.3. Registro informatizado de datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores.</p> <p>2.4. Trato amable y correcto.</p>

Personal Sanitario del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p>3. Triage</p>	<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>

- 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 (nota &).

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
<p>5. Ampliación de la evaluación inicial</p>	<p>5.1. Si se sospecha TEP: Ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos típicos de TEP descritos en el apartado correspondiente (apartados 7.2, 7.3 y 7.4 de la vía de entrada por SCCU-H). Concretamente, se buscarán los factores de riesgo o factores predisponentes de TEP (enumerados en la Tabla 1), los datos clínicos más frecuentemente asociados al TEP (que se detallan en la Tabla 2) y se establecerá una estimación de la probabilidad clínica de TEP de la forma en que se detalla en la Tabla 3. Ante la sospecha de TEP, se solicitará Rx de tórax, gasometría arterial y dímero D, según disponibilidad, y se deberá considerar anticoagulación, independientemente de que se avise al Hospital de destino.</p> <p>5.2. Informar al paciente y familia sobre el proceso.</p>

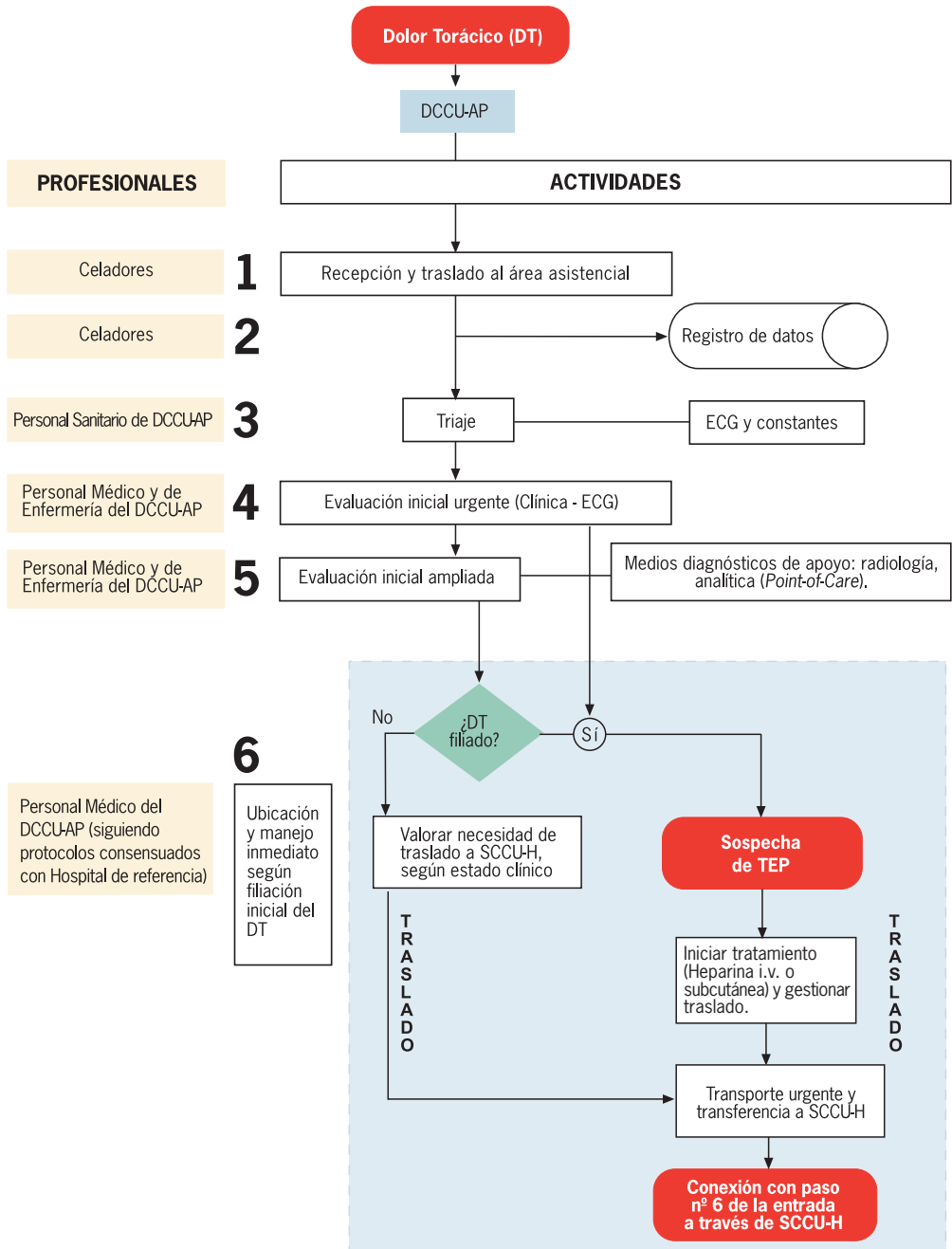
Personal Médico del DCCU-AP (siguiendo protocolos consensuados con Hospital de referencia)

Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT: transporte urgente en ambulancia al Hospital</p>	<p>6.1. En el caso de que exista sospecha de TEP, se indicará el traslado urgente al Hospital de destino. Por otro lado, algunos pacientes con TEP serán trasladados al Hospital por presentar un estado clínico de gravedad, aunque su evaluación inicial no haya sido concluyente, y no se haya alcanzado la sospecha de TEP.</p> <p>6.2. Los pacientes con sospecha de TEP 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. En caso de una sospecha</p>

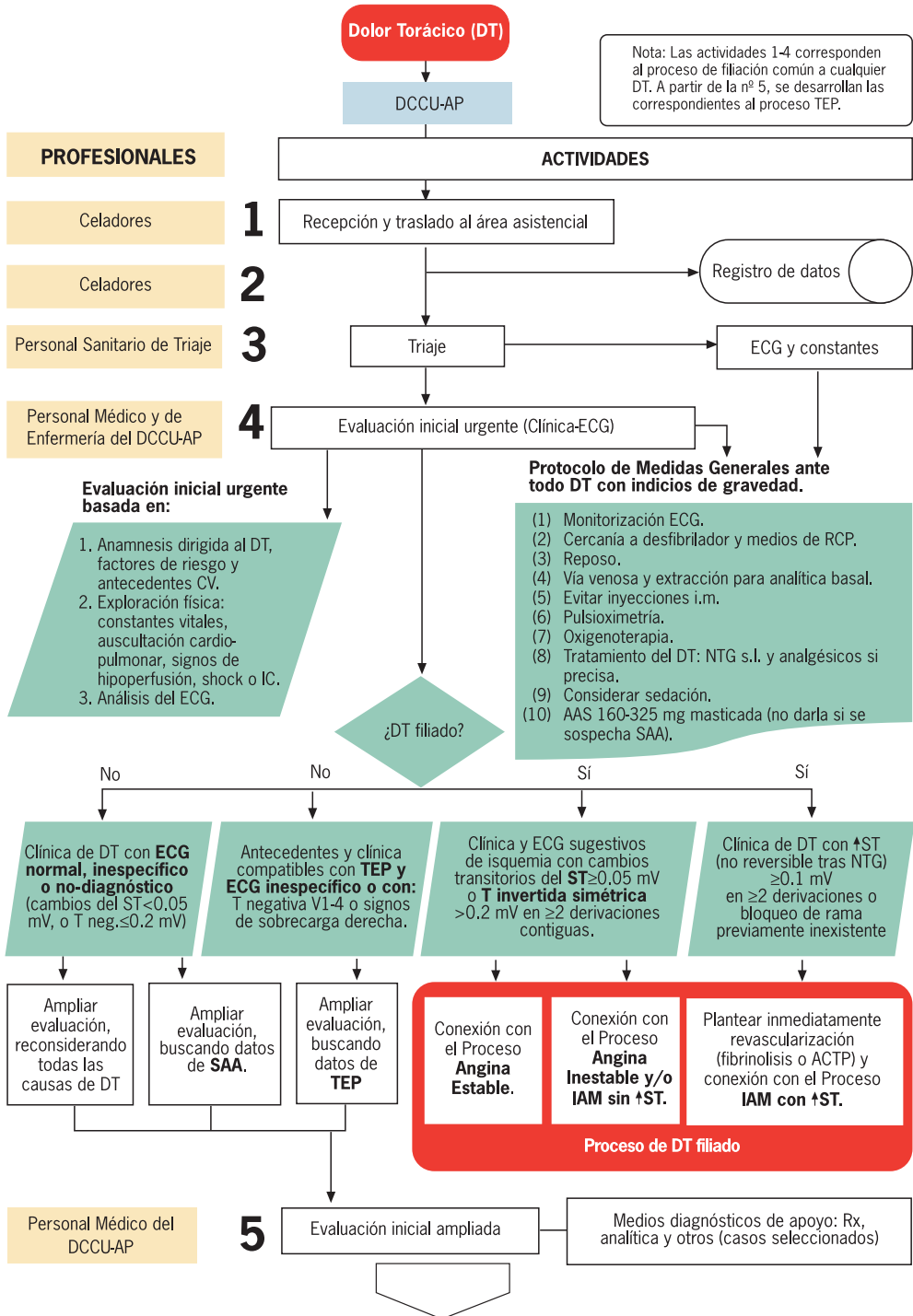
fundada de TEP, mientras se gestiona y se realiza el traslado, se iniciará su tratamiento específico con las siguientes medidas: (1) Monitorización de ECG y constantes (incluyendo oximetría); (2) Heparina i.v. o s.c., salvo contraindicaciones (HNF i.v., en caso de sospecha de TEP masivo, paciente inestable y ante la necesidad de reversibilidad inmediata; en paciente estable se prefiere la HBPM); (3) Oxigenoterapia suplementaria; (4) Mejora de la situación hemodinámica en pacientes inestables, mediante dobutamina; (5) Tratamiento del dolor. Estas medidas se describen más detalladamente en los apartados 9 y 11 de la vía de entrada a través de un SCCU-H.

- 6.4. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y acerca de la decisión tomada (recomendada).
- 6.5. El Hospital de destino debe ser el más adecuado para la recepción del paciente. En la mayoría de los casos será el Hospital de referencia, pero podrá ser otro si éste carece de algún recurso que se estima necesario para un paciente en concreto.
- 6.6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- 6.7. Transferencia del paciente, aportando un informe clínico y las 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: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA 1. B: DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE
A. PRIMARIA (DCCU-AP).**



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA 1.B: DISPOSITIVO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DE A. PRIMARIA (DCCU-AP).**



Personal Médico del DCCU-AP

5

Evaluación inicial ampliada

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

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 el apartado correspondiente.

Ampliación de la evaluación inicial en el TEP

- 1. Buscar factores de riesgo de TEP:**
Inmovilización, cirugía reciente, cáncer, tromboflebitis y traumatismos en MMII (ver Tabla 1).
- 2. Buscar datos clínicos típicos de TEP:**
Disnea aguda inexplicada, taquipnea, dolor pleurítico e hipoxemia, sin otra causa que lo justifique en Rx de tórax (ver Tabla 2).
- 3. Estimar clínicamente la probabilidad de TEP** (ver Tabla 3)

Personal Médico del DCCU-AP (según Protocolo Interservicios con SCCU-H de referencia)

6

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

¿DT filiado?

No

Sí

Evaluación inicial no concluyente

Valorar traslado a SCCU-H, según estado clínico

Sospecha de TEP

Gestionar traslado en ambulancia medicalizada y mientras iniciar tratamiento del TEP

Tratamiento inicial ante sospecha de TEP

1. Monitorización de: ECG y constantes, incluyendo oximetría.
2. Heparina i.v./s.c. salvo contraindicaciones.
3. O₂ suplementario.
4. Mejorar hemodinámica (en pacientes inestables): Dobutamina.
5. Calmar el dolor.

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

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).

Transporte urgente y transferencia a SCCU-H

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

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

Nota: Las actividades números 1-4 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT y, por tanto, son exactamente coincidentes con los pasos 1-4 del Proceso Dolor Torácico genérico (no filiado). A partir de la número 5, se desarrollan las actividades específicas del Proceso TEP en el 061.

Operadores telefónicos/Médico coordinador del 061	
Actividades	Características de calidad
1. Recepción de la llamada del paciente	<ul 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	<ul 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	<ul 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 comunicaciones 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>	<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: (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 (diseción 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 de 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 061

Actividades	Características de calidad
<p>5. Ampliación de la evaluación inicial según la sospecha clínica</p>	<p>5.1. Si se sospecha TEP: Ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos típicos de TEP descritos en el apartado correspondiente (apartados 7.2, 7.3 y 7.4 de la vía de entrada por SCCU-H). Concretamente, se buscarán los factores de riesgo o factores predisponentes de TEP (enumerados en la Tabla 1), los datos clínicos más frecuentemente asociados al TEP (que se detallan en la Tabla 2), y se establecerá una estimación de la probabilidad clínica de TEP de la forma en que se detalla en la Tabla 3. Ante la sospecha de TEP, se determinará gasometría arterial y dímero D, según disponibilidad, y se debe considerar anticoagulación, independientemente de que se avise al Hospital de destino.</p> <p>5.2. Informar a paciente y familia sobre el proceso.</p>

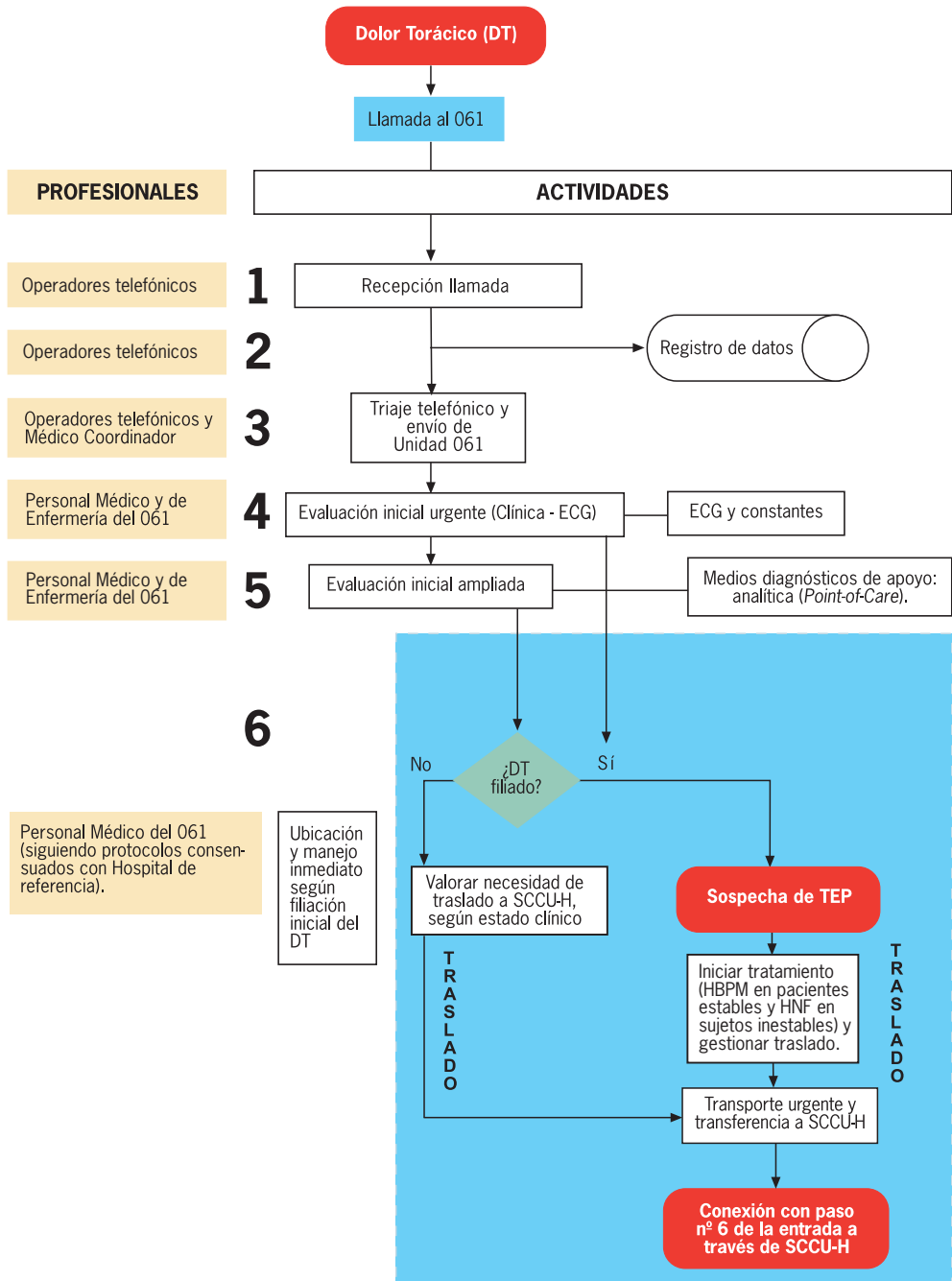
Personal Médico del 061 (siguiendo protocolos consensuados con Hospital de referencia)

Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT: transporte urgente en ambulancia al Hospital</p>	<p>6.1. En el caso de que exista sospecha de TEP, se indicará el traslado urgente al Hospital de destino. Por otro lado, algunos pacientes con TEP serán trasladados al Hospital por presentar un estado clínico de gravedad, aunque su evaluación inicial no haya sido concluyente, y no se haya alcanzado la sospecha de TEP.</p> <p>6.2. Los pacientes con sospecha de TEP 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. En caso de una sospe-</p>

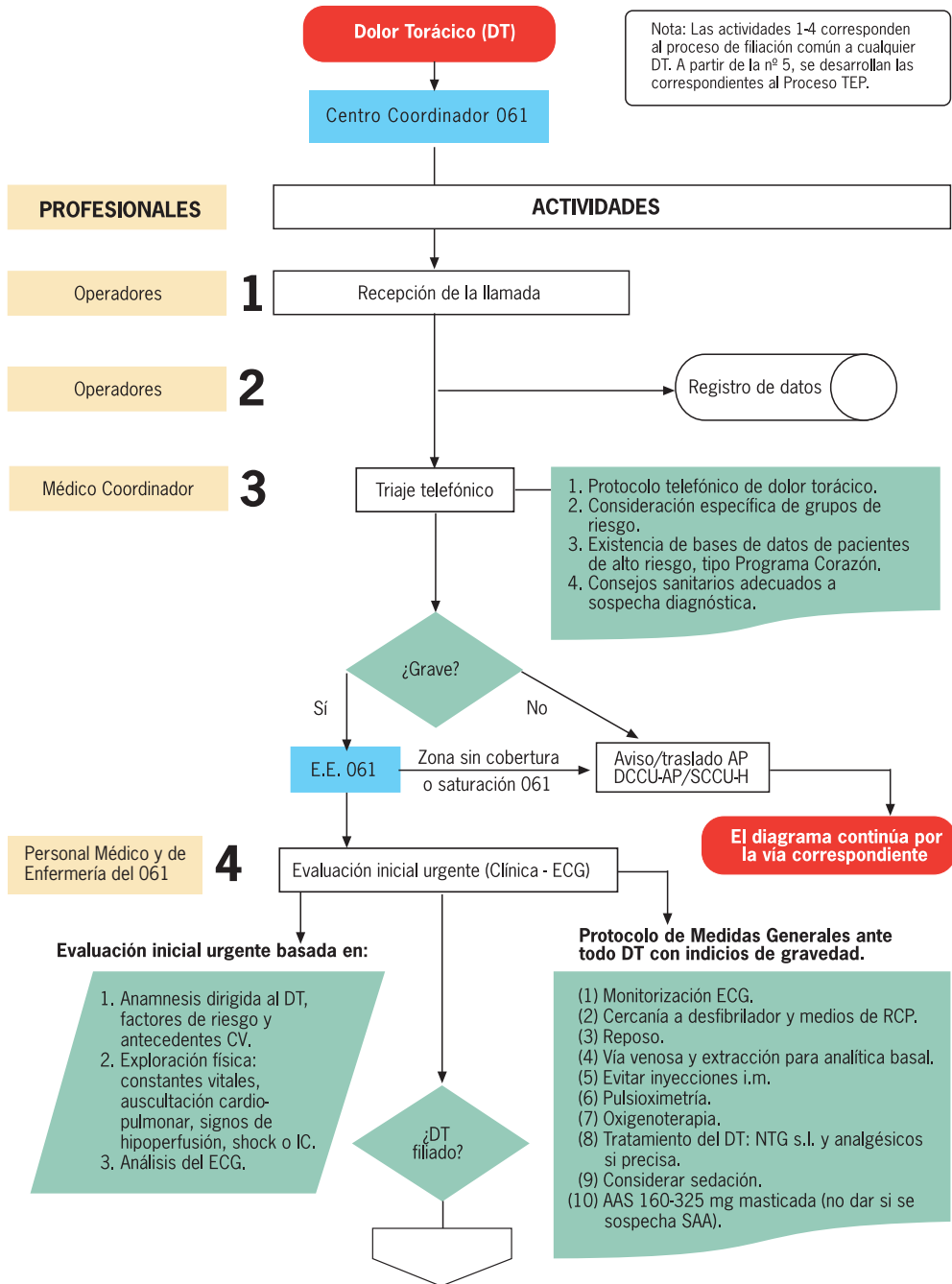
cha fundada de TEP, mientras se gestiona y se realiza el traslado, se iniciará su tratamiento específico con las siguientes medidas: (1) Monitorización de ECG y constantes (incluyendo oximetría); (2) Heparina: En pacientes con probabilidad clínica intermedia o alta de TEP, se administrará heparina de entrada, antes de realizar las técnicas de imagen. Se usará HNF i.v. en TEP masivo, con marcada inestabilidad hemodinámica y ante la necesidad de reversibilidad inmediata. En ausencia de estas condiciones se prefiere desde el principio la HBPM ya que tiene igual eficacia y seguridad y es más fácil de usar (ver dosis en Tabla 6); (3) Oxigenoterapia suplementaria; (4) Mejora de la situación hemodinámica en pacientes inestables, mediante dobutamina; (5) Tratamiento del dolor. Estas medidas se describen más detalladamente en los apartados 9 y 11 de la vía de entrada a través de un SCCU-H.

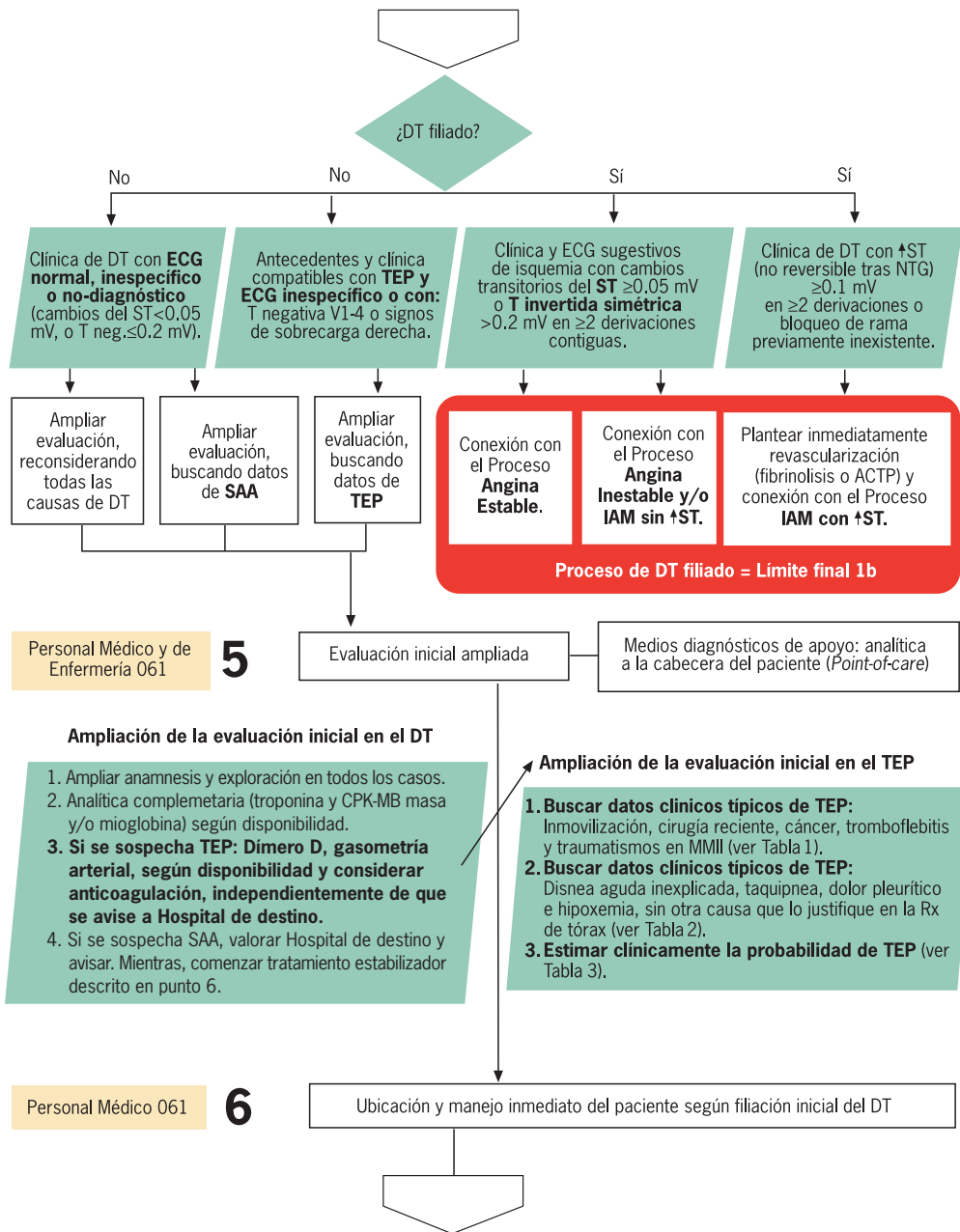
- 6.4. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y acerca de la decisión tomada (recomendada) sobre el traslado del paciente.
- 6.5. El Hospital de destino debe ser el más adecuado para la recepción del paciente. En la mayoría de los casos, será el Hospital de referencia, pero podrá ser otro si éste carece de algún recurso que se estima necesario para un paciente en concreto.
- 6.6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- 6.7. Transferencia del paciente, aportando un informe clínico y las 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 durante la realización de 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.

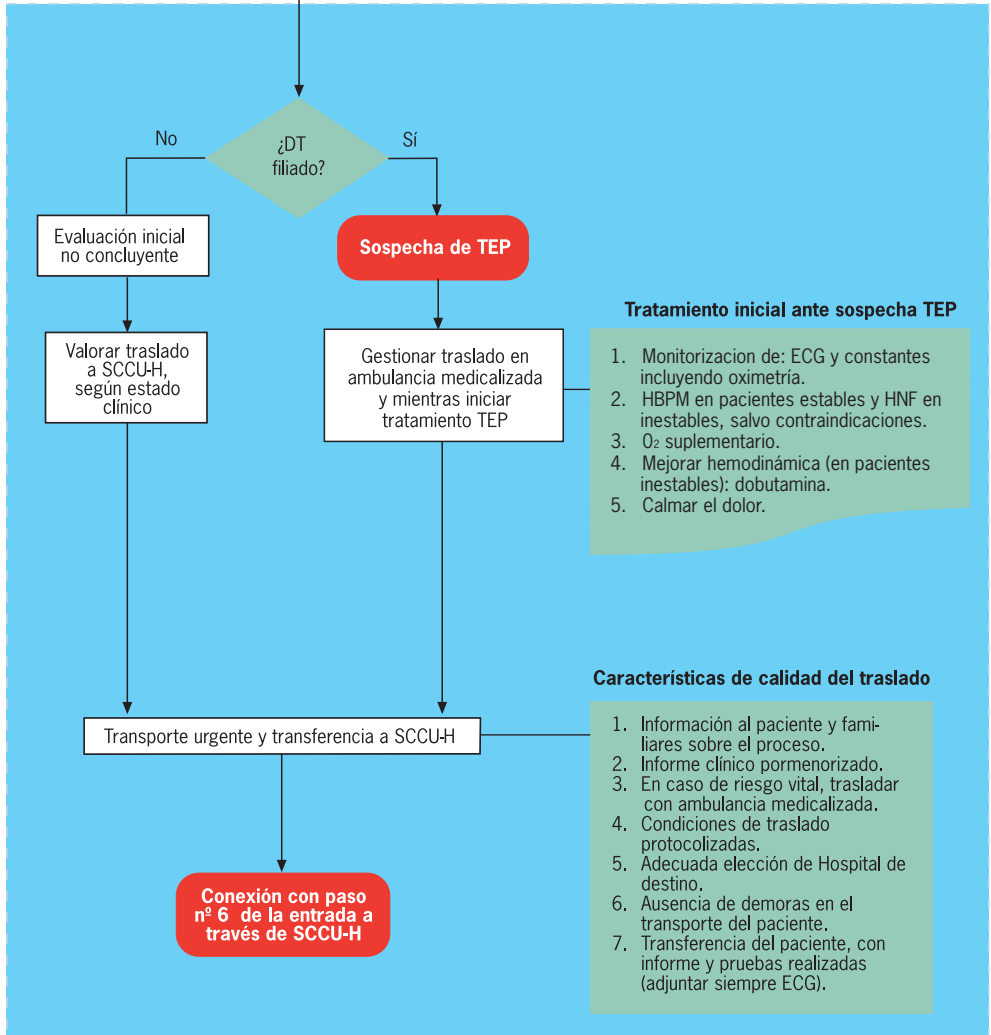
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA I.C: LLAMADA AL 061**



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA 1.C: SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS 061.**







2. Entrada a través de Consulta de Médico de Familia.

Nota: Las actividades números 1-4 corresponden al proceso de filiación común a cualquier DT y, por tanto, son exactamente coincidentes con los pasos 1-4 del Proceso Dolor Torácico genérico (no filiado). A partir de la número 5, se desarrollan las actividades específicas del Proceso TEP en AP.

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.

- (4) Vía venosa periférica con extracción sanguínea para una analítica basal urgente.
- (5) Evitar inyecciones i.m.
- (6) Pulsioximetría
- (7) Oxigenoterapia.
- (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.
- (9) Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.
- (10) Antiagregantes (salvo sospecha de SAA): Generalmente con AAS o, en pacientes seleccionados, triflusal o clopidogrel.

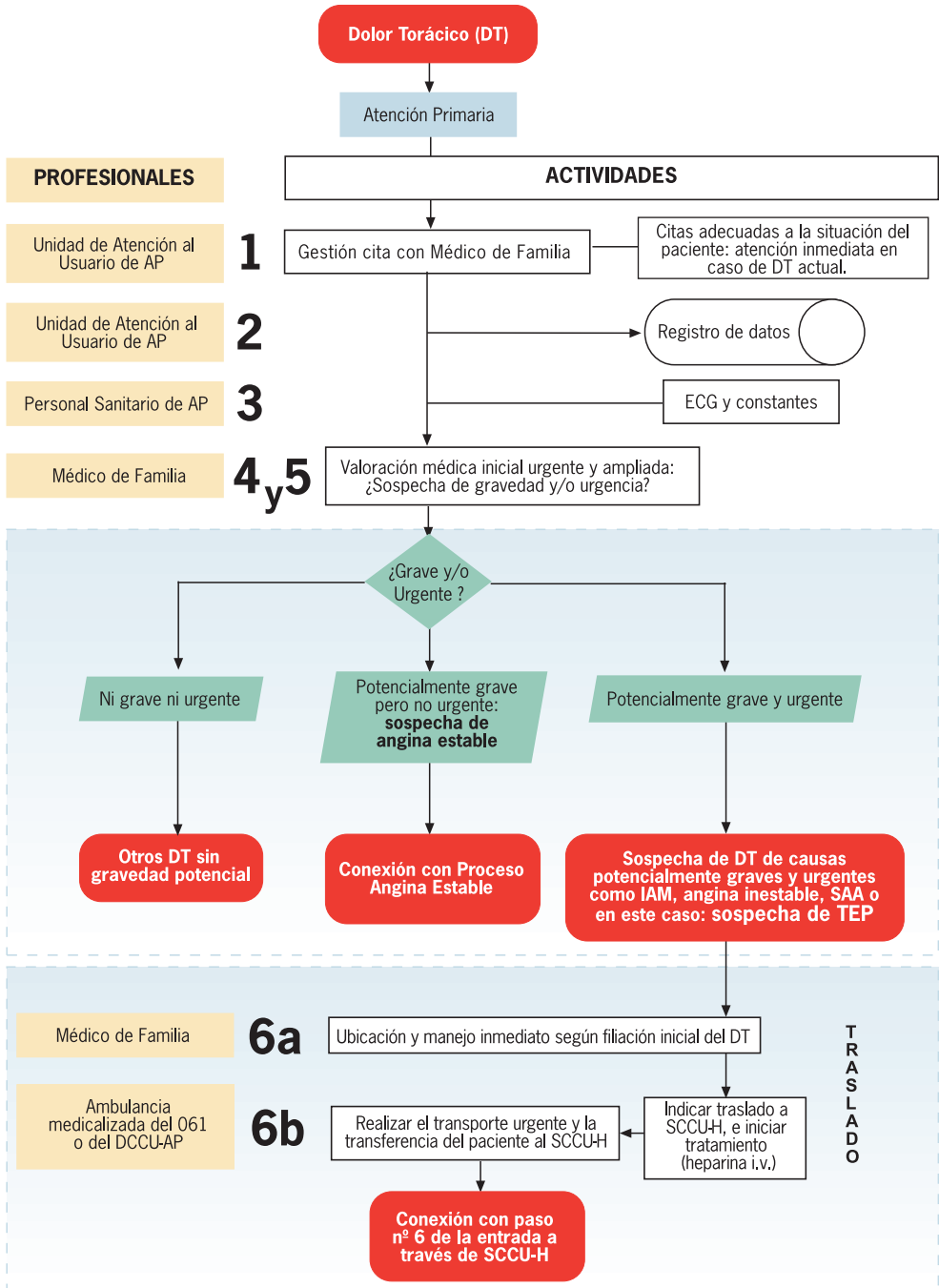
Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
<p>5. Evaluación ampliada según sospecha clínica</p>	<p>5.1. Si se sospecha TEP: Ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos típicos de TEP descritos en el apartado correspondiente (apartados 7.2, 7.3 y 7.4 de la vía de entrada por SCCU-H). Concretamente, se buscarán los factores de riesgo o factores predisponentes de TEP (enumerados en la Tabla 1), los datos clínicos más frecuentemente asociados al TEP (que se detallan en la Tabla 2), y se establecerá una estimación de la probabilidad clínica de TEP usando escalas como las de Wells o Ginebra de la forma en que se detalla en la Tabla 3. De los datos que figuran en dichas tablas, se usarán todos aquellos que estén disponibles en AP.</p> <p>5.2. Informar a paciente y familia sobre el proceso.</p>

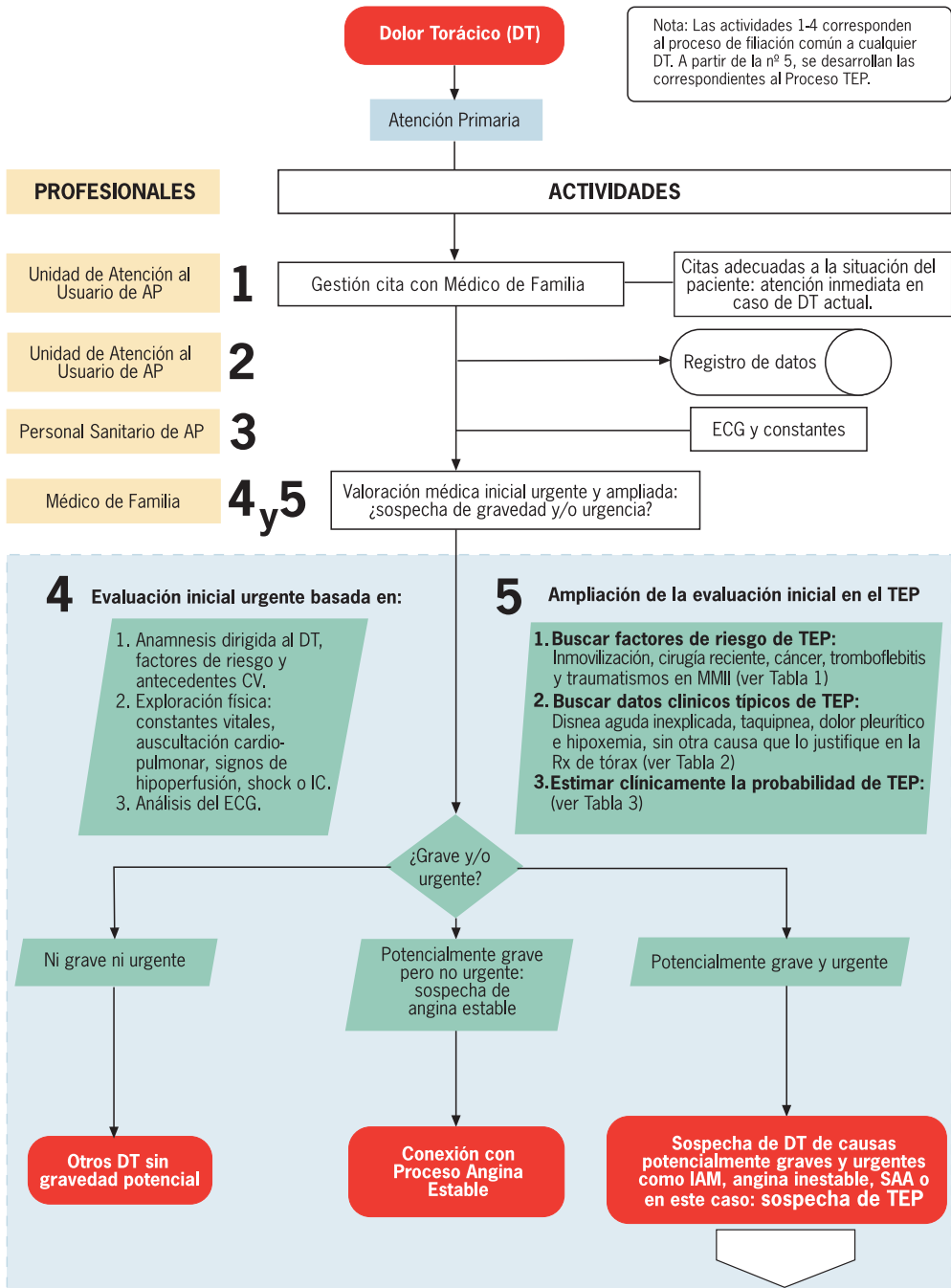
Médico de Familia

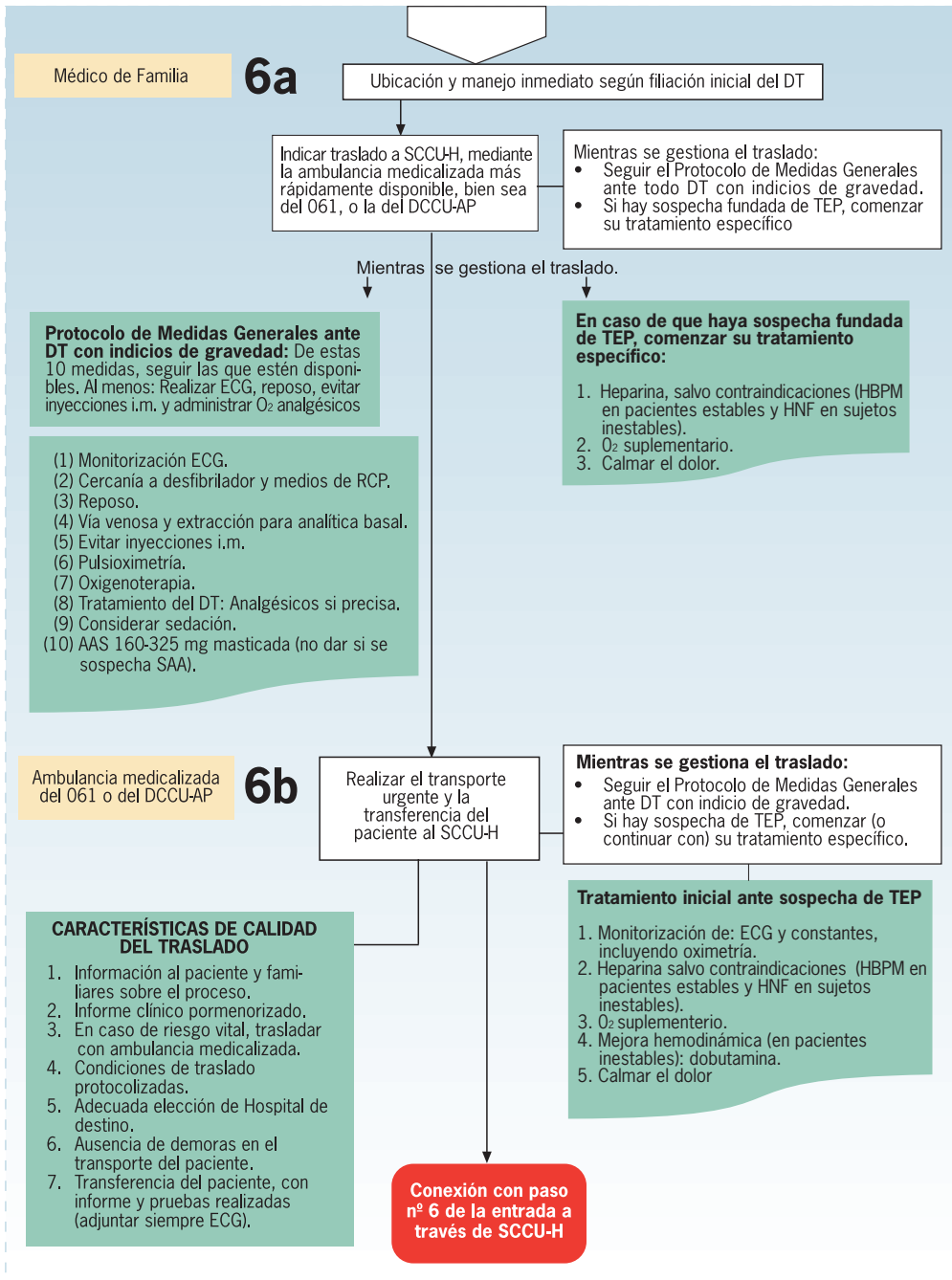
Actividades	Características de calidad
<p>6. Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT</p>	<p>6.1. Ante la sospecha de TEP se contactará rápidamente con el Centro Coordinador de Urgencias para solicitar el traslado en unidad medicalizada al SCCU-H del Hospital de referencia. Mientras 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 presencia/ausencia de dolor torácico.</p> <p>6.2. Ante la sospecha fundada de TEP, mientras no se procede al traslado se comenzará tratamiento específico con heparina salvo contraindicaciones (HBPM si el paciente está estable o HNF si el paciente está inestable), oxígeno suplementario y analgésicos (si se requieren para aliviar el DT). Estas medidas se describen más detalladamente en el apartado nº 11 de la entrada a través de un SCCU-H.</p> <p>6.3. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y acerca de la decisión tomada (recomendada) del traslado del paciente.</p> <p>6.4. Se emitirá un informe clínico donde se especifique: 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.</p>

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)
VÍA DE ENTRADA 2: CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA



**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. PROCESO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP).
VÍA DE ENTRADA 2: CONSULTA DE MÉDICO DE FAMILIA**





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

Personal de Enfermería de cualquier ámbito: SCCU-H, DCCU-AP, O61 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.</p> <p>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 de 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 del 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
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
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				