Govern de les Illes Balears Hospital Son Llàtzer	**URGENCIAS**	**Nº:** PC-75-URG-37 **Rev.: B** **Página** 1 **de** 7

PROCESO

De atención en unidad de dolor torácico.

Modificaciones		
Revisión	Fecha	Descripción
A	15/07/09	Primera edición
B	21/09/09	Cambio tiempo ECG y necesidad anticoagulantes.

Preparado	Revisado	Aprobado
Nombre: Grupo de Mejora Servicio de URGENCIAS Fecha: 15/07/09 Firma:	Nombre: Montserrat García Minguillán Cargo: Resp. Gestión de Procesos y U. de Calidad Fecha: 15/07/09 Firma:	Nombre: Luis Alegre Latorre Cargo: Director Gerente Fecha: 15/07/09 Firma:

PROCESO

De atención en unidad de dolor torácico.

1.- OBJETO

Describir el conjunto de actividades encaminadas a cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes que por sus características una vez en URG han sido incluidos en el proceso de la unidad de dolor toracico.

2.- ALCANCE

EL proceso se inicia cuando la enfermería a colocado la hoja de triage en la bandeja de correspondiente y finaliza con el alta de URG o el traslado a otra subunidad de URG.

3.- DESCRIPCIÓN

A partir del momento de que un paciente ingresa en dicha unidad, el proceso se compone de:

3.1. Valoración Inicial.

3.2. Anamnesis y Exploración física.

3.3. Solicitud de pruebas.

3.4. Clasificación de pacientes por grupos de riesgo.

3.5. Determinación de tratamiento.

3.6. Alta y recomendaciones.

3.1. VALORACIÓN INICIAL.

Se resalta la importancia de realizar la historia clínica, la exploración física y el ECG en menos de 10 min. desde la llegada del paciente, y la estratificación inicial del riesgo en menos de 30 min.

3.2. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FISICA.

Es fundamental realizar una historia clínica precisa, además de rápida.

3.3. SOLICITUD DE PRUEBAS

Se procede según **IT-75-URG-0A Gestión de pruebas complementarias**, esta se realiza informáticamente a través del **Medlink**

En estos casos, siempre se pedirán como mínimo las siguientes pruebas:

ECG: Es uno de los pilares básicos del diagnóstico y la estratificación del riesgo en los SCA. Debe repetirse en el caso de que el paciente tenga dolor toracico.

Análisis: Hemograma y bioquímica en el momento del ingreso, incluido enzimas miocárdicas (CK, CK-MB y Trop I). Se debe realizar al menos otra determinación de enzimas a las 6-8 h del ingreso.

Radiografía de tórax: Debe realizarse como exploración inicial, aunque su práctica no debe retrasar el tratamiento en los casos en que por hª clínica y ECG se llegue al diagnóstico de SCA.

El facultativo prescribirá la medicación informáticamente y la enfermera/o la administrara, registrándolo todo en la **aplicación registros enfermería urgencias.**

3.4. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE RIESGO.

Grupo de Riesgo	***Dolor típico (ó equivalente anginoso)***	***ECG***	***Destino***
1	Sí	elevación ST (ó BRI de reciente aparición)	Unidad Coronaria (UC)
2	Sí	descenso ST/T-	UC/Planta*
3	Sí**	Normal ó No diagnóstico (dudoso)	**UDT**
4	No	Normal ó No diagn.	Alta (dolor funcional y/ó osteomusc) Valorar otros diagn.

* Si cardiólogo de guardia.
** Se pueden incluir pacientes con clínica atípica + FRCV y/ó cardiopatía isquémica previa documentada, y con ECG dudoso.

Nota: pacientes con clínica atípica y ECG normal, aunque tengan FRCV o cardiopatía isquémica previa documentada, se incluyen en el Grupo de Riesgo 4, y por tanto NO deben ingresar en la UDT.

Observación en la UDT: Con la evaluación clínica inicial habremos clasificado a los pacientes según los 4 grupos de riesgo. Una vez descartados los pacientes con dolor de otra etiología e iniciado el tratamiento en los que presentan un SCA, aproximadamente un tercio de los pacientes queda sin un diagnóstico claro y constituyen la población susceptible de ingreso en la UDT. El período de observación recomendado oscila entre 6 y 12 h, como mínimo.

Pruebas de detección de isquemia: en horario de 8 a 15 horas se realizarán las pruebas de los pacientes ingresados en la UDT, previa valoración clínica y del ECG por el cardiólogo. Los pacientes serán trasladados a lo largo de la mañana, en silla, al Gabinete de Cardiología donde se le realizará la Ergometría (o ecocardiograma de estrés según el caso).

Ergometría:

- Sólo después de descartar un SCA y causas graves de DT.
- Idealmente en las 1ª 24 h.
- Limitación por horario de trabajo (8 a 15 h).
- El ECG debe ser interpretable (ausencia de BRI, ritmo MCP, alteraciones basales de la repolarización, etc.) y el esfuerzo factible.
- Debe intentarse una ergometría máxima valorable.

Ecocardiograma de estrés:

- Se realizará si el ECG no es interpretable o hay limitación física para una ergometría convencional.
- Asimismo podrá realizarse si hay discordancia entre la clínica y la ergometría realizada, o si se desea conocer el significado funcional de lesiones coronarias conocidas.
- La indicación siempre la realizará el cardiólogo responsable.

3.5 DETERMINACIÓN DE TRATAMIENTO:

Tratamiento durante su ingreso en la UDT:

Vía venosa periférica (salinizada).

Oxigenoterapia: únicamente a los pacientes que presentan disnea o una saturación en el pulsioxímetro inferior al 90% AA.

Antiagregantes plaquetarios: AAS 100 MG al día vía oral. En el caso de alergia o intolerancia a la aspirina, Clopidogrel 75 MG al día v.o.

Anticoagulantes: Si precisa de administrará Enoxaparina 1 MG/kg/12 h SC.

Nitratos: Sólo debe utilizarse nitroglicerina por vía sublingual, para alivio del dolor torácico. La respuesta favorable a la administración de estos fármacos puede apoyar el diagnóstico de isquemia miocárdica, aunque NO debe considerarse como criterio único. No deberían utilizarse nitratos de acción prolongada ni intravenosos, pues pueden interferir con el resultado del test de ejercicio.

Beta-bloqueantes: Dado que pueden reducir la sensibilidad diagnóstica de las pruebas de provocación, su uso debería evitarse.

3.6 ALTA Y RECOMENDACIONES

Una vez realizada la prueba de detección de isquemia se emitirá **el informe** de la misma y la recomendación de Alta (con o sin derivación a CCEE Cardiología) o Ingreso hospitalario, que se cursará una vez haya vuelto el paciente a la UDT. Se creará informáticamente en el **Hp-Doctor** un apartado específico en el icono de paciente en Urgencias donde consten los enfermos ingresado en la UDT. Así cada mañana el cardiólogo responsable podrá revisar qué pacientes están ingresados en la Unidad, valorando la clínica del **informe de Urgencias** y los ECG realizados (a través del visor de ECGs del HIS), y programando la realización de la ergometría para esa misma mañana.

A lo largo de todo el proceso los pacientes y familiares son informados según se especifica en la **IT-75-URG-0B Información a pacientes y familiares**

PROCESO

De atención en unidad de dolor torácico.

Tratamiento al alta: dependerá de la decisión tomada en función del diagnóstico realizado y del pronóstico establecido durante su estancia en la UDT tras las pruebas de provocación de isquemia realizadas. Si el paciente es ingresado en el hospital con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, se aplicarán el tratamiento y la estrategia especificados en **los protocolos asistenciales** correspondientes. Por el contrario, si después de completar los estudios pertinentes no se evidencia cardiopatía isquémica, se le da de alta sin tratamiento médico. Si queda pendiente de completar su estudio con otras **pruebas complementarias**, debería mantenerse el tratamiento con aspirina hasta llegar a un diagnóstico.

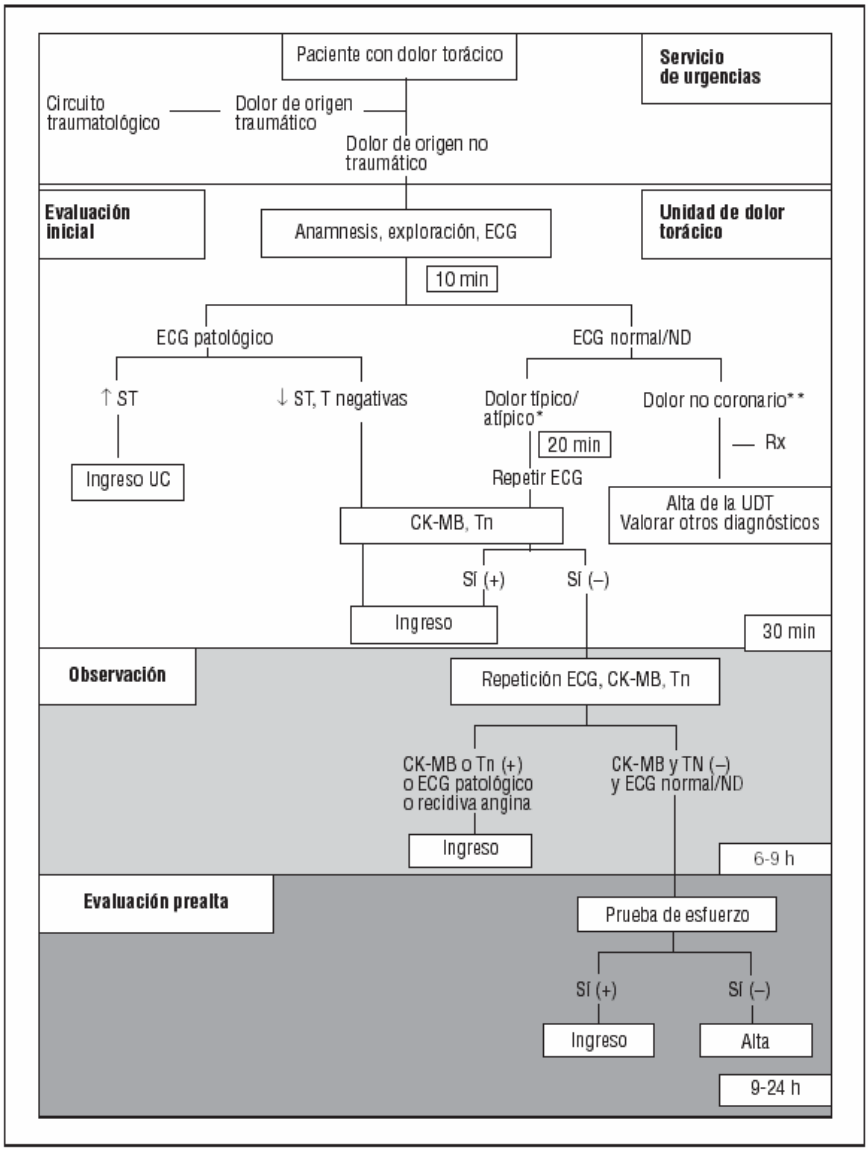


Fig. 1. Protocolo propuesto para el manejo de los pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor torácico (véase explicación en el texto). CK-MB: fracción MB de la creatincinasa; ECG: electrocardiograma; ND: no diagnóstico; Rx: radiografía de tórax; Tn = troponinas; UC: unidad coronaria; UDT: unidad de dolor torácico.
*Considerar ingreso en caso de dolor indicativo de ser coronario en presencia de marcadores de riesgo: antecedentes de infarto, angioplastia o cirugía coronaria, insuficiencia cardíaca o vasculopatía periférica.
**Descartar disección aórtica y tromboembolismo pulmonar.

Ya con el diagnóstico, se hayan o no realizado estudios complementarios, valoramos si el paciente ha de quedarse ingresado en otras subunidades de Urgencias u Hospitalarias o no es necesario que ingrese en el hospital. Para ello se procede según la **IT-75-URG-0C Decisión de permanencia o alta.**

Seguimiento:

Los pacientes dados de alta de la UDT serán derivados:

- A Consulta externa de Cardiología (cita ordinaria) si se trata de pacientes con cardiopatía isquémica conocida previamente y/o si la estratificación es de bajo riesgo. En estos pacientes deberá ajustarse el tratamiento al alta (individualizado en cada caso), tras consenso entre el cardiólogo y el médico de Urgencias responsable del paciente. También se remitirá a Consultas (vía ordinaria) si se trata de un dolor torácico típico sin cambios ECG ni elevación enzimática, y con ergometría negativa.

- A Consulta externa de Cardiología (cita preferente) si la ergometría es de riesgo intermedio, tras ajustar el tto antianginoso (individualizado) y comentar entre Cardiología y Urgencias.

- A Atención Primaria, si no hay datos concluyentes de patología coronaria y la ergometría es negativa.

- Se realizará un seguimiento a todos los pacientes (telefónico a los dados de alta), recogiendo los siguientes acontecimientos: visita a Urgencias, hospitalización por dolor torácico, angor inestable, IAM y mortalidad (total y cardiovascular).

CONCLUSIONES:

Las decisiones deben tomarse inicialmente en función de la clínica, el ECG y los marcadores bioquímicos de daño miocárdico inicialmente; tras el período de observación, se propone la realización de una prueba de esfuerzo siguiendo los protocolos asistenciales establecidos.

4.- DOCUMENTOS.

IT-75-URG-0A Gestión de pruebas complementarias.
IT-75-URG-0B Información a pacientes y familiares
IT-75-URG-0C Decisión de permanencia o alta.
Circuito de ingreso en urgencias.

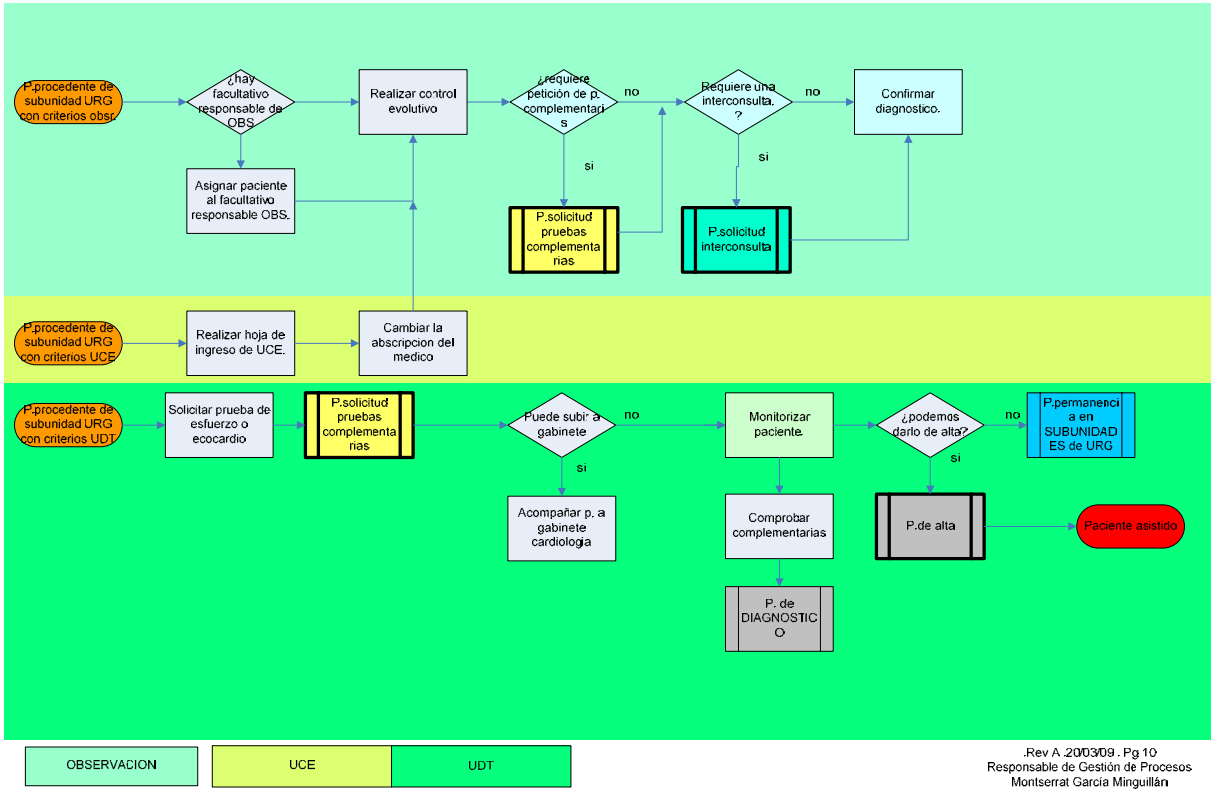
Y todos los **protocolos asistenciales** que sean de aplicación.

5. REGISTROS.

1) **Medlink**
2) **Informe prueba detección isquemia**
3) **His-Doctor**
4) **Aplicación registros enfermería urgencias**
5) **Encuestas de satisfacción**

6.- MAPA DE PROCESOS.

PROCESO

De atención en unidad de dolor torácico.

PROCESO DE SUBUNIDADES URG.