

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente con dolor torácico o síntomas equivalentes (*) en el que la evaluación clínica inicial sugiere la posibilidad de una angina inestable (AI) o de un infarto agudo de miocardio (IAM), y en el que el ECG descarta elevación persistente del segmento ST. Ambas situaciones se encuadran en la actualidad dentro del llamado síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del ST (**).

(*) Ocasionalmente, el DT puede no ser el síntoma fundamental, por tratarse de molestias torácicas leves (o inexistentes) con clínica predominante de disnea de aparición brusca o síncope.

(**) Este proceso se podría denominar también "Síndrome Coronario Agudo (SCA) sin elevación del ST", pero mantenemos la designación de Angina Inestable e Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del ST (AI/IAMNST), por su mayor difusión. Para una aclaración sobre los términos relacionados con el síndrome coronario agudo (SCA) empleados en este documento, consultar el glosario existente al final del mismo.

Definición funcional: Proceso de atención al paciente que consulta, en cualquier punto del SSPA, por dolor torácico sugestivo de isquemia miocárdica aguda y cuyo ECG inicial descarta elevación persistente del ST. Por todo ello, se establece una sospecha diagnóstica inicial de AI/IAMNST y se dan los pasos para la confirmación del diagnóstico y para su estratificación de riesgo que permita seleccionar el tratamiento más adecuado (farmacológico y/o revascularización) en el menor tiempo posible, garantizando la continuidad asistencial y buscando la máxima recuperación funcional del paciente y su consiguiente reinserción sociolaboral.

Límite de entrada: Consulta inicial del paciente por SCA en el SSPA con 4 vías de entrada diferentes: (1) A través de Urgencias: el paciente consulta por Dolor Torácico agudo en un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), o recurre a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP) o bien llama al 061 (Vías de entrada 1A, 1B y 1C, respectivamente). (2) A través de su Médico de Familia (AP): el paciente, presentando síntomas de angina desde hace algún tiempo, o incluso con perfil agudo, decide consultar a su Médico de Familia (AP). Otro límite de entrada posible sería cuando un paciente hospitalizado por otro motivo presenta dolor torácico. Para simplificar este documento, esta vía no será desarrollada, ya que las actuaciones serían análogas a las descritas en la entrada 1A (a través de un SCCU-H), con la salvedad de que serían realizadas por el personal de guardia correspondiente.

Límite final: Tras haberse confirmado la sospecha diagnóstica inicial de AI/IAMNST y haberse procedido con el tratamiento correspondiente, el límite final del proceso se establece mediante la conexión con un Programa de Prevención Secundaria y asegurando la continuidad asistencial, mediante seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP), donde se continuará con el control de los factores de riesgo cardiovascular y se facilitará la reinserción sociolaboral del paciente.

Límites marginales: 1. Pacientes que evolucionan a infarto agudo con elevación del ST (IAMST), que no se abordan en este documento, ya que se desarrollan dentro de su proceso específico (Proceso IAMST). 2. Las AI secundarias a otras patologías cardíacas o extracardíacas (anemia, arritmias, valvulopatías, crisis hipertensivas, etc...). Por su prevalencia en la práctica clínica, siempre se han de descartar patologías cardíacas o extracardíacas que agraven o justifiquen una situación de SCA. Sin embargo, estas anginas secundarias no se desarrollarán en este documento, ya que tienen diferentes tratamientos específicos, basados en la corrección de cada patología de base.

Observaciones: Se trata de una patología con una gran importancia clínica, derivada de su alta prevalencia, el hecho de que dentro del SCA cada vez hay mayor proporción de pacientes con AI/IAMNST en detrimento del IAMST y por la variabilidad en la gravedad, que incluye desde pacientes de muy bajo riesgo a pacientes con alta mortalidad, lo que obliga a una estratificación adecuada, máxime cuando de ella pueden derivarse actuaciones diagnóstico-terapéuticas de tipo invasivo (coronariografía, angioplastia, cirugía coronaria).

En el SCA se han manejado indistintamente términos que no son sinónimos (por ejemplo: IAM con/sin onda Q e IAM con/sin elevación del ST). Por otro lado, se suele agrupar la AI con el IAMNST, ya que su manejo inicial es similar. Finalmente, se ha redefinido recientemente el concepto de IAM. Todo ello genera una cierta confusión terminológica, por lo que recomendamos se consulte, en primer lugar, el glosario existente al final de este documento, para clarificar los términos y conceptos empleados para describir este Proceso.

Las actividades de Enfermería se van mencionando a lo largo del Proceso, junto con el resto de actividades. No obstante, los cuidados de Enfermería se describen de forma más detallada en un Subproceso independiente (ver Subproceso de Cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave).