

CONSEJERÍA DE SALUD

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

2ª Edición



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO
2ª Edición



SÍNDROME aórtico agudo : proceso
asistencial integrado / autores, Rafael
Vázquez García (coordinador) ... [et al.]. –
2ª ed. – [Sevilla] : Consejería de Salud,
2007

108 p. ; 24 cm

1. Aortopatías 2. Aorta torácica 3. Calidad
de la atención de salud 4. Andalucía
I. Vázquez García, Rafael II. Andalucía.
Consejería de Salud
WG 410

Autores edición 2007

Rafael Vázquez García (Coordinador); Inmaculada
Alfageme Michavila; Concepción Barrera Becerra;
Enrique Calderón Sandubete; María del Carmen del
Pino de la Fuente; Pastora Gallego García de
Vinuesa; Carlos Infantes Alcón; Amador López
Granados; Rafael Melgares Moreno; Ricardo Pavón
Jiménez; Inmaculada Pérez López; Margarita Reina
Sánchez; Fernando Rosell Ortiz; Manuel Ruiz Bailén;
Ángel Sánchez González; Ana Serrador Frutos; Juan
Miguel Torres Ruiz.

1ª edición 2002
2ª edición 2007

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-6068-07

ISBN: 978-84-690-9497-6

Maquetación: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que han realizado la organización sanitaria pública de Andalucía y, en especial, los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad,
Investigación y Gestión del Conocimiento

AUTORES EDICIÓN 2007

Rafael Vázquez García (Coordinador); Inmaculada Alfageme Michavila; Concepción Barrera Becerra; Enrique Calderón Sandubete; María del Carmen del Pino de la Fuente; Pastora Gallego García de Vinuesa; Carlos Infantes Alcón; Amador López Granados; Rafael Melgares Moreno; Ricardo Pavón Jiménez; Inmaculada Pérez López; Margarita Reina Sánchez; Fernando Rosell Ortiz; Manuel Ruiz Bailén; Ángel Sánchez González; Ana Serrador Frutos; Juan Miguel Torres Ruiz.

AUTORES EDICIÓN 2002

Rafael Vázquez García (Coordinador); José Azpitarte Almagro; Enrique Calderón Sandubete; Carlos Infantes Alcón; José Antonio Mora Pardo; Ricardo Pavón Jiménez; Ignacio Pérez-Montaut Merino; Antonio Reina Toral; Pedro Rodríguez Villasonte González; Fernando Rosell Ortiz; Ángel Sánchez González; Aurelio Valencia Rodríguez.

COLABORADORES

José Antonio Gómez Mateos: En representación de ASANCOR (Asociación Andaluza de Pacientes Coronarios).

Manuel Ortega Jiménez: En representación de EXPAUMI (Ex-paciente de la Unidad de MI del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga).

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	11
Guía para la lectura rápida de los documentos	15
2. DEFINICIÓN GLOBAL	17
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	19
Destinatarios y expectativas	19
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	21
Esquema de las diferentes vías de entrada del proceso	25
Arquitectura del proceso Nivel 1	26
4. COMPONENTES	27
Entrada 1A: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H)	27
Profesionales. Actividades. Características de calidad	27
Arquitectura nivel 2 para la entrada 1A (SCCU-H)	44
Arquitectura nivel 3 para la entrada 1A (SCCU-H)	47
Entrada 1B: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de AP (DCCU-AP)	51
Profesionales. Actividades Características de calidad	51
Arquitectura nivel 2 para la entrada 1B (DCCU-AP)	56
Arquitectura nivel 3 para la entrada 1B (DCCU-AP)	57
Entrada 1C: Llamada al 061	59
Profesionales. Actividades. Características de calidad	59
Arquitectura nivel 2 para la entrada 1C (061).....	65
Arquitectura nivel 3 para la entrada 1C (061).....	66
Entrada 2: Consulta a Médico de Familia	69
Profesionales. Actividades. Características de calidad	69
Arquitectura nivel 2 para la entrada 2 (Médico de Familia)	73
Arquitectura nivel 3 para la entrada 2 (Médico de Familia)	74
Subproceso de cuidados de Enfermería en pacientes con dolor torácico potencialmente grave	76
Competencias profesionales	83
5. INDICADORES	91
Glosario	97
Anexos	
Anexo 1: Tablas	99
Anexo 2: Abreviaturas	103
Bibliografía	105

1 INTRODUCCIÓN

Dentro del Plan de Calidad de la Consejería de Salud, la Dirección General de Organización de Procesos y Formación (DGOFP) puso en marcha, a finales del año 2000, un sistema de *Gestión por Procesos Asistenciales Integrados*, comenzando por una veintena de procesos, entre los que se encontraba el de Dolor Torácico (DT).

En enero de 2001, se acabó de constituir el grupo de profesionales que recibimos el encargo de desarrollar este Proceso. Como refleja la lista de autores, la composición del grupo es multidisciplinar, de forma que el Proceso DT fuera abordado horizontalmente desde todos los eslabones de la cadena asistencial. Este enfoque era imprescindible para cumplir una de las ideas fundamentales del Plan de Calidad: *la continuidad asistencial*. Otra idea básica del Plan de Calidad es *reorganizar la asistencia, orientándola hacia las expectativas del paciente*, en vez de obligarlo a adaptarse a un sistema compartimentado y organizado en función de intereses profesionales. Para conocer estas expectativas, realizamos una serie de grupos focales de pacientes, y sus familiares, atendidos previamente por DT grave, que fueron desarrollados en colaboración con la EASP y con las asociaciones de pacientes.

El principal problema para elaborar el Proceso DT estriba en su carácter sindrómico y multicausal, que contrasta con otros procesos asistenciales mucho más específicos, por lo que decidimos centrarnos en el *proceso de filiación del DT* y en sus principales causas cardiovasculares, al ser las más trascendentes en términos de prevalencia y/o gravedad. De esta forma, se nos encargó elaborar un “*multiproceso*” integrado por seis procesos asistenciales: (1) DT genérico (no filiado). (2) Tromboembolismo Pulmonar. (3) Síndrome Aórtico

Agudo. (4) Angina Estable. (5) Angina Inestable e IAM sin elevación del ST. (6) IAM con elevación del ST. Además, se desarrollaron otros dos subprocesos: Cuidados de Enfermería ante el paciente con DT potencialmente grave y Programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca.

Para llevar a cabo todo este trabajo, disponíamos del primer semestre del año 2001, de forma que entre febrero y junio tuvieron lugar varias reuniones de trabajo. Por otro lado, consideramos incuestionable que las *características de calidad* propuestas estuvieran basadas en la evidencia científica publicada lo que obligó a una profunda revisión bibliográfica actualizada. A pesar de ello, es conocido que la medicina actual evoluciona vertiginosamente, convirtiéndose en obsoletas actuaciones que poco antes se juzgaban incuestionables. Por ello, queremos remarcar que *las recomendaciones incluidas en este documento están basadas en la evidencia publicada hasta junio de 2007 y que sería necesario una revisión global del mismo antes de dos años.*

Otro problema con el que nos encontramos residía en la mayor o menor concreción de las *características de calidad* recomendadas. El sistema de *Gestión por Procesos Asistenciales Integrados* es novedoso, especialmente aplicado a un ámbito autonómico, por lo que carecíamos de referentes previos que nos sirvieran de orientación. Las escasas publicaciones de Gestión por Procesos aplicadas a la sanidad se refieren a algún centro sanitario concreto o a aspectos no asistenciales. Por ello, resultaba difícil determinar hasta qué punto había que concretar las medidas recomendadas. Por una parte, éramos conscientes de que nuestra misión no era redactar una guía de práctica clínica (GPC) y, por otra parte, un documento que sólo recogiese *características de calidad* genéricas acabaría siendo excesivamente vago y escasamente útil. En este sentido, nuestro trabajo fue evolucionando progresivamente hacia una mayor precisión y especificidad en las *características de calidad* seleccionadas. Para ello, sintetizamos las principales recomendaciones de las GPCs y las incluimos en el texto o en tablas anexas.

Los seis procesos desarrollados mantienen una estructura común. Ello es lógico, ya que se parte del Proceso DT genérico (no filiado), en el que se desarrollan una serie de medidas generales iniciales que son compartidas por cualquier DT potencialmente grave. Además, el mantener una estructura común facilita la comprensión de los documentos y aumenta su coherencia interna. Sin embargo, también tiene sus inconvenientes, ya que resulta artificial en algunos momentos. Por ejemplo, en los 6 procesos se han contemplado las mismas vías de entrada y en el mismo orden¹: SCCU-H (incluidos los CHARE), DCCU-AP, 061 y Médicos de Familia. Sin embargo, en el Proceso Angina Estable la entrada habitual se produce a través del Médico de Familia, siendo excepcional a través del SCCU-H, mientras que en el IAM ocurre justo lo contrario. Por tanto, deberá tenerse en cuenta, en la lectura de estos documentos, que esta estructura común a todos ellos impone una cierta rigidez en su desarrollo, que puede causar extrañeza al analizar un proceso aislado, pero que resulta comprensible al considerarlos globalmente. Cualquier clínico experimentado reconocerá rápidamente que esta esquematización teórica de los procesos es irreal y arbitraria para determinados

¹ SCCU-H = Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario. DCCU-AP = Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria. CHARE = Centro Hospitalario de Alta Resolución.

pacientes. Sin embargo, para la mayoría de las decisiones clínicas, esta abstracción es útil y facilita la presentación y el análisis de la evidencia disponible.

Los seis procesos comienzan con las mismas actividades iniciales encaminadas a la filiación del DT y a las medidas generales para su manejo. Este enfoque confiere un carácter excesivamente reiterativo a los documentos², pero aporta ventajas que compensan este inconveniente. Por un lado, se ajusta más a la práctica clínica real: los pacientes consultan por DT cuyo diagnóstico exacto no suele ser conocido *a priori*³. Por otro lado, permite la lectura continua de cada proceso, sin obligar al lector a ir consultando alternativamente el proceso *DT genérico* y cada uno de los procesos específicos.

A la hora de plantear recomendaciones, hemos puesto el énfasis en una idea básica: *las medidas terapéuticas de probada eficacia deben estar accesibles en cualquier punto del SSPA en que puedan ser administradas*. Por este motivo, la mayoría de los tratamientos farmacológicos recomendados no difieren significativamente entre los diferentes niveles asistenciales. Puede que cause extrañeza que hayamos recomendado el empleo extrahospitalario de tratamientos cuyo uso se restringía clásicamente al Hospital. Sin embargo, hay dos razones de peso que apoyan esta decisión. La primera es la *equidad*: no puede denegarse el acceso a tratamientos urgentes de probado beneficio a los pacientes que residan lejos de los centros hospitalarios. En segundo lugar, con las adecuadas medidas de *formación y control* puede lograrse que dichos tratamientos sean suministrados con las mismas garantías de seguridad y eficacia en los diversos puntos del SSPA que reciban la *acreditación* para poder administrarlos, como ya ha demostrado la acreditación de fibrinólisis extrahospitalaria.

Finalmente, hay que destacar que las *características de calidad* que se recomiendan en este documento parten de *la premisa de que existan los medios humanos y materiales necesarios para poderlas llevar a cabo*. En ausencia de los mismos, no debe recaer sobre los profesionales implicados la responsabilidad de su incumplimiento.

Nota previa a la segunda edición, correspondiente a la actualización de 2007: Como se ha comentado en los párrafos previos de la introducción, los 6 libros que componen el "multiproceso" del DT fueron elaborados inicialmente en el primer semestre de 2001. En esa época se usaba el término ACTP (angioplastia coronaria transluminal percutánea), aunque actualmente se prefiere el término ICP (intervencionismo coronario percutáneo). Análogamente, en 2001 usábamos el acrónimo AI/IAMNST (angina inestable e IAM sin elevación del ST), en vez del término generalizado actualmente de SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación del ST). En la actualización de 2007, hemos incorporado los nuevos términos en el glosario, pero mantenemos también los antiguos en el texto, para evitar tener que modificar todas las figuras, diagramas, guías rápidas y documentos de apoyo en los que se usaban dichos acrónimos. Creemos que esta aclaración y la inclusión de los nuevos términos en el glosario, aclaran suficientemente esta cuestión semántica.

² Ver la Guía para la lectura rápida de estos documentos, para evitar este inconveniente.

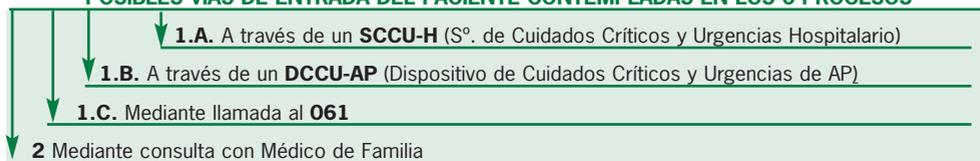
³ Obviamente, los pacientes que consultan por un DT previamente estudiado y diagnosticado no requerirán todas las actividades iniciales de filiación reseñadas en los procesos.

GUÍA PARA LA LECTURA RÁPIDA DE ESTOS DOCUMENTOS

La estructura general que comparten los 6 procesos desarrollados, para las 4 vías de entrada consideradas impone un carácter reiterativo a los documentos. Una lectura más ágil puede conseguirse mediante las siguientes recomendaciones:

- Las secciones de Destinatarios y expectativas del proceso y sus correspondientes Flujos de salida y Características de calidad fueron elaboradas a partir de los mismos grupos focales de pacientes atendidos por DT grave, por lo que son casi coincidentes en los seis procesos (sólo difieren en algún aspecto muy específico de cada proceso). Por tanto, tras una primera lectura de alguno de los procesos, estas secciones pueden ser omitidas en los demás.
- Análogamente, en la sección de Componentes del Proceso, las actividades iniciales comunes (pasos 1-6 de la entrada por el SCCU-H, o 1-4 de las entradas extrahospitalarias) pueden ser leídas una única vez en cualquiera de los procesos. A partir de ahí, la lectura del resto de procesos puede comenzar directamente en el paso nº 7 (en el caso de la entrada por el SCCU-H) o bien en el paso nº 5 (en el caso de las entradas extrahospitalarias).
- Finalmente, al lector que sólo le interese consultar una determinada entrada de un proceso (por ejemplo, la entrada del 061 en el Proceso *TEP*), encontrará todas las características de calidad reunidas en dicha entrada, sin necesidad de consultar otras secciones del Proceso *TEP*, ni tampoco otras secciones del Proceso Dolor Torácico genérico (no filiado).

POSIBLES VÍAS DE ENTRADA DEL PACIENTE CONTEMPLADAS EN LOS 6 PROCESOS



Paso nº **COMPONENTES DEL PROCESO EN LA ENTRADA 1.A. (SCCU-H)**

1 a 6	Las actividades iniciales 1-6 corresponden al proceso de filiación común del DT y a las medidas generales ante el mismo. Por tanto, son exactamente coincidentes en los seis procesos. A partir del paso nº 7, se desarrollan las actividades específicas de cada proceso.
7 a 14	Las actividades 7-14 son diferentes para cada proceso desarrollado y tienen por objeto confirmar el diagnóstico de cada uno de ellos y aplicar su tratamiento específico.
15 a 18	Las actividades finales 15-18 corresponden al seguimiento ambulatorio del paciente y su finalidad es garantizar la continuidad asistencial. Aunque tienen este denominador común, estas actividades finales son diferentes para cada uno de los procesos analizados.

Paso nº **COMPONENTES DEL PROCESO EN LAS ENTRADAS 1B, 1C y 2**

1 a 4	Las actividades iniciales 1-4 corresponden al proceso de filiación común del DT y a las medidas generales ante el mismo. Por tanto, son exactamente coincidentes en los seis procesos. A partir del paso nº 5, se desarrollan las actividades específicas de cada uno de los procesos en el medio extrahospitalario.
5	Evaluación ampliada específica para cada uno de los procesos.
6	Manejo del paciente en el medio extrahospitalario y traslado urgente al SCCU-H, continuando el proceso por los pasos 6-7 de la vía de entrada 1.A (SCCU-H).*

(*) Salvo en el caso de la Angina Estable.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental (*) es el dolor torácico (DT) no traumático, de causa potencialmente grave, debido a alguna de las siguientes patologías de la aorta: disección aórtica (DA), hematoma aórtico intramural (HAI), úlcera aórtica penetrante (UAP) y aneurisma aórtico expansivo (AAE). De todas estas enfermedades de la aorta (**), la disección aórtica (DA) es la más representativa, por lo que en este Proceso SAA nos referiremos generalmente a la DA, salvo que se especifique lo contrario.

(*) 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, síncope, síntomas neurológicos o parada cardiorrespiratoria (PCR).

(**) Las definiciones de estas enfermedades se encuentran en el glosario adjunto al final del libro.

Definición funcional: Proceso por el que, tras consultar el paciente por dolor torácico en cualquier punto del SSPA, y tras dar los pasos necesarios para una primera e inmediata estratificación de riesgo, se establece una sospecha clínica de SAA y ésta es confirmada con las exploraciones complementarias pertinentes, de forma que se obtenga el diagnóstico definitivo en el menor plazo de tiempo posible, evitando demoras y pasos intermedios que no aporten valor añadido. Una vez alcanzado el diagnóstico, se procederá inmediatamente al tratamiento más adecuado incluyendo: estabilización clínico-hemodinámica del paciente y tratamiento quirúrgico o endovascular (si procede), estratificación de riesgo según factores clínicos y técnicas de imagen al alta, asegurando finalmente la continuidad asistencial, mediante el seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite de entrada: Momento inicial en el que se establece una sospecha clínica de SAA ante un paciente que ha consultado por dolor torácico en el SSPA a través de 4 vías de entrada diferentes: (1) A través de Urgencias: El paciente acude a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), o recurre a un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP) o bien llama al 061 (vías de entrada 1A, 1B y 1C, respectivamente). (2) A través de su Médico de Familia: El paciente consulta a su Médico de AP (vía de entrada 2). 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 confirmar el SAA, éste es sometido a tratamiento médico o quirúrgico (clásico o endovascular, según los casos) y se estratifica su riesgo de complicaciones, tras lo cual se asegura la continuidad asistencial, mediante seguimiento del paciente en Consultas Externas de Atención Especializada (AE) y/o Atención Primaria (AP).

Límite marginales: 1) Otras causas de SAA que, por su naturaleza traumática (rotura traumática de la aorta), quedan excluidas del Proceso de Dolor Torácico y del actual *Proceso del SAA*. 2) Serán considerados Límites Marginales de este Proceso otras causas de Dolor Torácico que, si bien inicialmente pueden originar una *sospecha clínica de SAA*, ésta *no se confirma* tras las exploraciones complementarias correspondientes. Se trata, en definitiva, de los procesos que deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial del SAA, pero que no serán desarrollados en este documento. Entre ellos destacan: otros aneurismas aórticos torácico-abdominales (no disecados ni expansivos), tumores mediastínicos, insuficiencia aórtica sin disecación, isquemia miocárdica e IAM y pericarditis aguda. 3) Tampoco se desarrollarán en este documento las complicaciones especiales del SAA: manifestaciones neurológicas (AVC, paraplejia), IAM inferior por afectación del ostium de la coronaria derecha, isquemia e infarto mesentérico, isquemia de miembros inferiores, insuficiencia renal, taponamiento cardíaco, hemotórax, hemoptisis y hematemesis o síndrome de vena cava superior.

Observaciones: Este proceso tiene varias particularidades muy relevantes: Por un lado, presenta una elevada mortalidad que, de forma acumulativa, se incrementa aproximadamente a razón de un 1% por cada hora de demora. Por otro lado, la baja prevalencia del proceso dificulta el que los distintos eslabones de su cadena asistencial adquieran la experiencia necesaria para su manejo óptimo. Por tanto, se trata de un proceso que requiere de actuaciones extremadamente rápidas y precisas, más fácilmente alcanzables mediante unidades medico-quirúrgicas especializadas.

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

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

Asistencia

- Que se asegure a todos los usuarios del SSPA la equidad en la rápida administración del tratamiento más adecuado para su proceso.
- Que pueda conectar fácilmente y sin demora con el Sistema Sanitario.
- Que se amplíe el acceso informatizado de los servicios de emergencia extrahospitalaria (061/DCCU-AP) a datos del historial clínico de los pacientes.
- Que no se envíen ambulancias de traslado, sin profesionales sanitarios, a pacientes que han consultado por un dolor torácico agudo.
- Que no me hagan esperar antes de atenderme.
- Que los trámites administrativos y tareas burocráticas no retrasen mi atención.
- Que me quiten el dolor torácico cuanto antes.
- Que no me repitan pruebas innecesariamente.
- Que no me confundan con recomendaciones diferentes.

- Que haya un estándar de calidad de atención al paciente y no se actúe por improvisación (adherencia a guías de práctica clínica y planes de cuidados de Enfermería).
- Que el centro sanitario en el que se me atiende, disponga de los recursos necesarios para la atención a este proceso y que tenga buenos resultados en cuanto a mortalidad y complicaciones. Que me pongan el mejor tratamiento posible y que no existan complicaciones.
- En caso de tener que ingresar, que mi estancia hospitalaria sea adecuada: que no se prolongue más allá de lo necesario, pero que no me den de alta antes de estar recuperado y tenga que reingresar poco después por el mismo motivo.
- En caso de que me tengan que practicar una intervención o tratamiento invasivo, que el equipo que lo va a realizar tenga buenos resultados (en cuanto a tasas de mortalidad, complicaciones, reintervenciones).
- Que las revisiones post-alta se realicen dentro de los plazos recomendados.

Trato e información

- Que me traten con respeto y amabilidad.
- Que se respete mi intimidad.
- Que siempre que sea posible, durante mi hospitalización, tenga un solo facultativo de referencia, al que yo tenga identificado como “mi Médico”.
- Que pueda consultar mis dudas y mis necesidades con el personal sanitario que me atiende.
- Que me expliquen a qué se debe el dolor torácico y si es grave.
- Que me tengan informado de los resultados de todas las pruebas y tratamientos que me manden.
- Que me informen de si podré recuperarme para volver a hacer mi vida normal y en cuánto tiempo.

Ubicación/Hostelería/Comodidad

- Que en el área de Urgencias me ubiquen en un entorno limpio y tranquilo, y se evite el tener que permanecer en salas no acondicionadas y/o pasillos.
- Que no haya masificación de pacientes en la sala de observación de Urgencias.
- Si tengo que ingresar, que pueda disponer de cama lo antes posible y que sea en habitación individual o compartida con otro paciente en situación aceptable.
- Que se asegure la calidad de las comidas y que se controle la ingesta.
- Que me atiendan en un entorno tranquilo, digno y limpio, y que se garantice el buen funcionamiento de las instalaciones y del material con el que se me asiste.

FAMILIARES/ACOMPAÑANTES

- Que me traten con respeto y amabilidad.
- Que me permitan aportar información que considere importante.

- Que me informen de lo que tiene mi familiar, de su gravedad y de las pruebas que se deben realizar.
- Que me informen adecuadamente: en un despacho y de forma clara, con mayor frecuencia en las primeras horas del ingreso, en los momentos críticos y siempre que haya un cambio de su situación clínica y/o de su ubicación.
- Que pueda acompañarlo el mayor tiempo posible.
- Que las salas de espera sean confortables.

FACULTATIVOS DE OTROS NIVELES ASISTENCIALES

- Recibir informes de asistencia adecuados, donde se definan explícitamente el diagnóstico, el resultado de las exploraciones complementarias realizadas, y el tratamiento incluyendo actividades de prevención secundaria.
- Que en AE se le haya transmitido previamente al paciente que el tratamiento no es inamovible, sino que se ajustará posteriormente en función de la evolución clínica.
- Que se asegure la continuidad asistencial interniveles, evitando duplicidades innecesarias y dejando claramente programadas las revisiones (o interconsultas) que precise el paciente.
- Que se deje claramente definido si el paciente va a ser seguido en el futuro en AP, o si precisa ser asistido nuevamente por AE.
- Que las revisiones en AE sean flexibles y puedan ajustarse a las necesidades reales del paciente, en vez de programarse de forma rígida.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Atención rápida evitando demoras innecesarias.
- Alivio rápido del dolor torácico.
- Ampliar el acceso informatizado de los servicios de emergencia extrahospitalaria (061/DCCU-AP) a datos del historial clínico del paciente. Es decir, ampliar la experiencia del Programa *Corazón* del 061, de forma que cubra a más pacientes, a más patologías cardiovasculares importantes, y a otros sistemas de urgencia extrahospitalaria (como los DCCU-AP).
- A los pacientes que deban ser trasladados por un dolor torácico agudo nunca se les enviará una ambulancia *de traslado o de transporte* sin personal sanitario.

- Los trámites administrativos (admisión de Urgencias o estructuras similares en otros ámbitos) no demorarán nunca la asistencia urgente al paciente.
- Realizar una primera y rápida estratificación de riesgo basada en la clínica y el ECG, que luego se ampliará (según disponibilidad y situación clínica concreta) mediante las exploraciones complementarias pertinentes.
- Instauración del tratamiento óptimo lo antes posible.
- Recomendaciones unificadas y concordantes por parte de todo el personal sanitario que atiende al paciente.
- Asistencia según GPCs y planes de cuidados de Enfermería.
- Asistencia prestada con buenos resultados en cuanto a mortalidad y complicaciones.
- Cuando se requiera ingreso: estancias hospitalarias medias adecuadas y bajo porcentaje de reingresos precoces por el mismo motivo.
- Cuando se requiera una intervención o tratamiento invasivo, el equipo que lo va a realizar ofrecerá buenos resultados (en cuanto a tasas de mortalidad, complicaciones, reintervenciones).
- Reintegración socio-laboral del paciente, en el menor tiempo posible.
- Asistir al paciente con cortesía, y respeto de su intimidad y dignidad personal.
- Asistir al paciente en un entorno tranquilo, digno y limpio.
- Que las exploraciones previamente realizadas al paciente estén disponibles, para evitar tener que duplicarlas innecesariamente.

DESTINATARIO: **PACIENTE Y FAMILIARES O ACOMPAÑANTES**

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información médica sobre todo el proceso, desde la consulta inicial hasta la resolución final del mismo. Información sobre todas las pruebas y tratamientos que se prescriban.
- Información final sobre el pronóstico del proceso, incluyendo perspectivas de recuperación de una vida normal, desde el punto de vista social y laboral.
- La información se proporcionará de forma adecuada: de forma inteligible para el paciente y familia, con trato amable y correcto, y en un entorno apropiado (habitación del paciente, despacho, etc; evitar informar en un pasillo o similar).

- Cuando el paciente es atendido por varios facultativos (por exploraciones complementarias, interconsultas, cambios de ubicación, etc.) éste debe conocer quién es "su Médico", el cual se identificará al paciente como tal y le proporcionará la información global de todas las exploraciones o interconsultas realizadas.
- Entrega de informe médico de asistencia y/o de alta, incluyendo fecha y lugar de cualquier citación posterior.

FLUJOS DE SALIDA: **APOYO PSICOLÓGICO Y PERSONAL**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato humano y personal, por su nombre.
- Apoyo psicológico en los momentos de mayor incertidumbre y/o riesgo.
- Proporcionar información complementaria sobre posibles soluciones a la evolución del proceso que más preocupe al paciente o familia.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

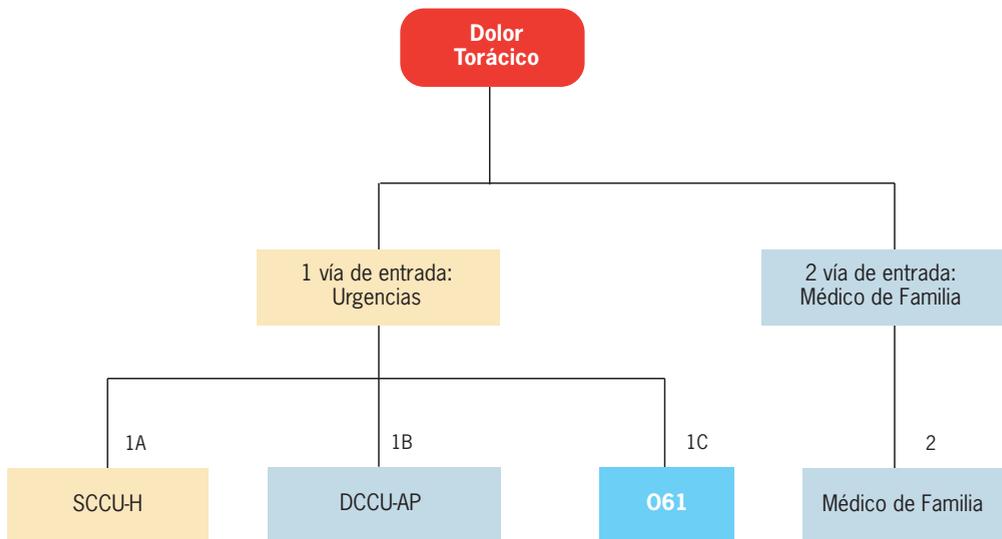
CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informar sobre hábitos saludables, para combatir los factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades respiratorias: abandono del tabaco y del sedentarismo, control de obesidad, HTA, DM, hiperlipemias, etc.
- Informar claramente sobre el tipo de actividades físicas y laborales que el paciente puede y no puede hacer.
- Informar de la pauta que se debe seguir en caso de que vuelva a presentar dolor torácico.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informes de asistencia adecuados, donde se definan explícitamente el diagnóstico y el resultado de las exploraciones complementarias realizadas.
- Explicar al paciente y a su familia que el tratamiento prescrito desde AE no es inamovible, sino que se ajustará posteriormente en función de la evolución clínica.
- Los informes de asistencia asegurarán la continuidad asistencial interniveles, evitando duplicidades innecesarias y dejando claramente programadas las revisiones (o interconsultas) que precise el paciente.
- Los informes de asistencia dejarán claramente definido si el paciente va a ser seguido en el futuro en AP, o si precisa ser asistido nuevamente por AE.
- Las revisiones en AE serán flexibles y se ajustarán a las necesidades reales del paciente, en vez de programarse de forma rígida.

VÍAS DE ENTRADA DEL PROCESO DOLOR TORÁCICO

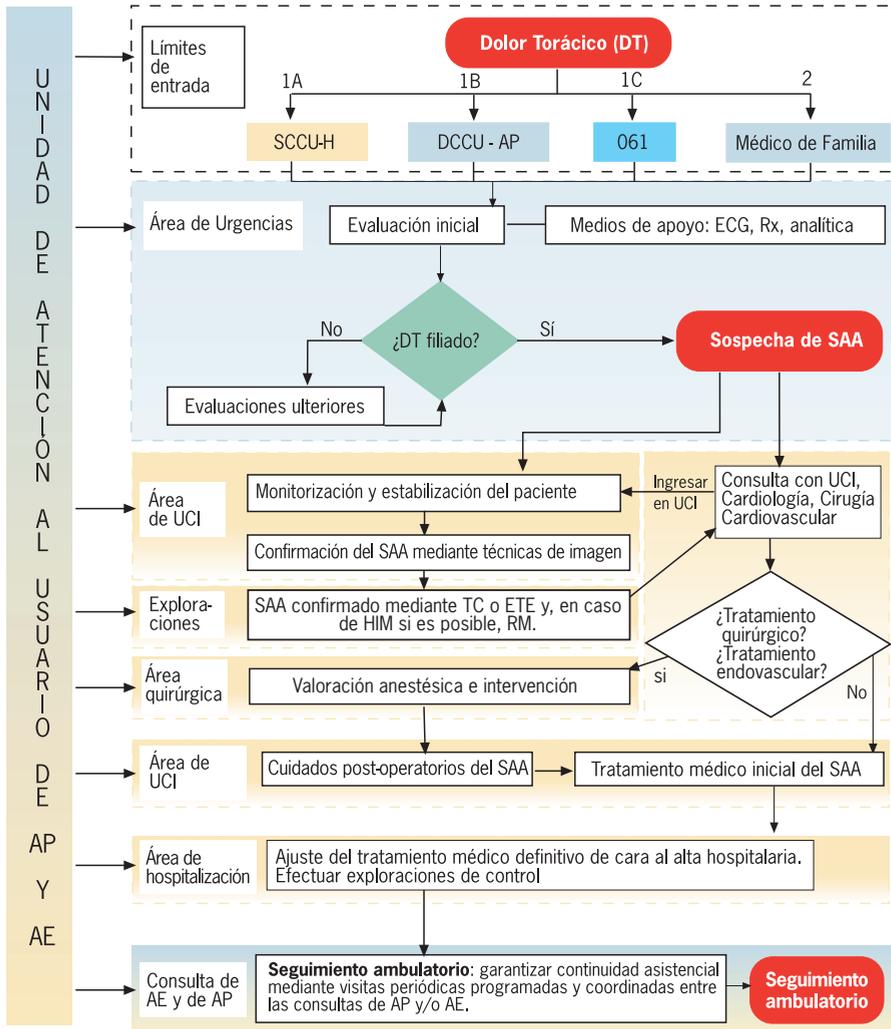


Las tres posibles vías de entrada por urgencias son:

- 1.A El paciente acude a un SCCU-H (Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario).
- 1.B El paciente acude a un DCCU-AP (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria).
- 1.C El paciente llama al 061.

La vía de entrada 2 se refiere a la consulta con el Médico de Familia, por clínica de dolor torácico actual o pasado. Cada una de estas vías de entrada se desarrolla separadamente en sus correspondientes diagramas de flujo.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. PROCESO SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA)



Medios diagnósticos de soporte o de apoyo para la asistencia al Proceso SAA:

Evaluación inicial: ECG, radiología básica (salvo 061) y analítica (Laboratorio central en SCCU-H y considerar implementar analítica mediante tecnología *Point of Care* en algunos DCCU-AP y 061).

Exploraciones de apoyo para la asistencia al SAA: algunas de las siguientes técnicas diagnósticas de imagen: ecocardiografía transtorácica y/o transesofágica y TC. En casos seleccionados, resonancia magnética (RM) o Aortografía.

Recursos materiales y humanos para la asistencia al Proceso SAA.

Servicios de: Urgencias, UCI, Cardiología, Anestesia y Cirugía Cardiovascular, además de los Servicios Centrales de Radiología y Laboratorios, todos ellos con sus correspondientes instalaciones y equipamientos.

4 COMPONENTES

Profesionales. Actividades. Características de calidad

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

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

Celadores de la Puerta de Urgencias

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

Personal Administrativo de la Unidad de Atención al Usuario

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

Personal Sanitario encargado del Triage en la Puerta de Urgencias

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

Personal Médico y de Enfermería del SCCU-H

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

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

convencionales o mórficos, en los casos que lo requieran.

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

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

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

Personal Médico y de Enfermería del SCCU-H

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personal administrativo del Servicio de Admisión de Urgencias

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

Personal sanitario de la UCI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personal de Cirugía Cardiovascular, y Anestesia

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

Personal Sanitario de la UCI

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

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

Personal Sanitario de Cardiología

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

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

Unidad de Atención al Usuario del Hospital

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

Unidad de Atención al Usuario de AP

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

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

Situaciones especiales:

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

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

16.5. Emisión de un informe clínico de asistencia, donde se especifique claramente: el estado clínico del paciente, las exploraciones realizadas y las pendientes de realizar con sus fechas correspondientes y con indicación explícita del lugar y fecha de revisión, para garantizar la continuidad asistencial. Debe especificarse igualmente el tratamiento, incluyendo normas preventivas y recomendaciones higiénico-dietéticas. Como norma general se recomienda evitar esfuerzos físicos intensos, competitivos o isométricos.

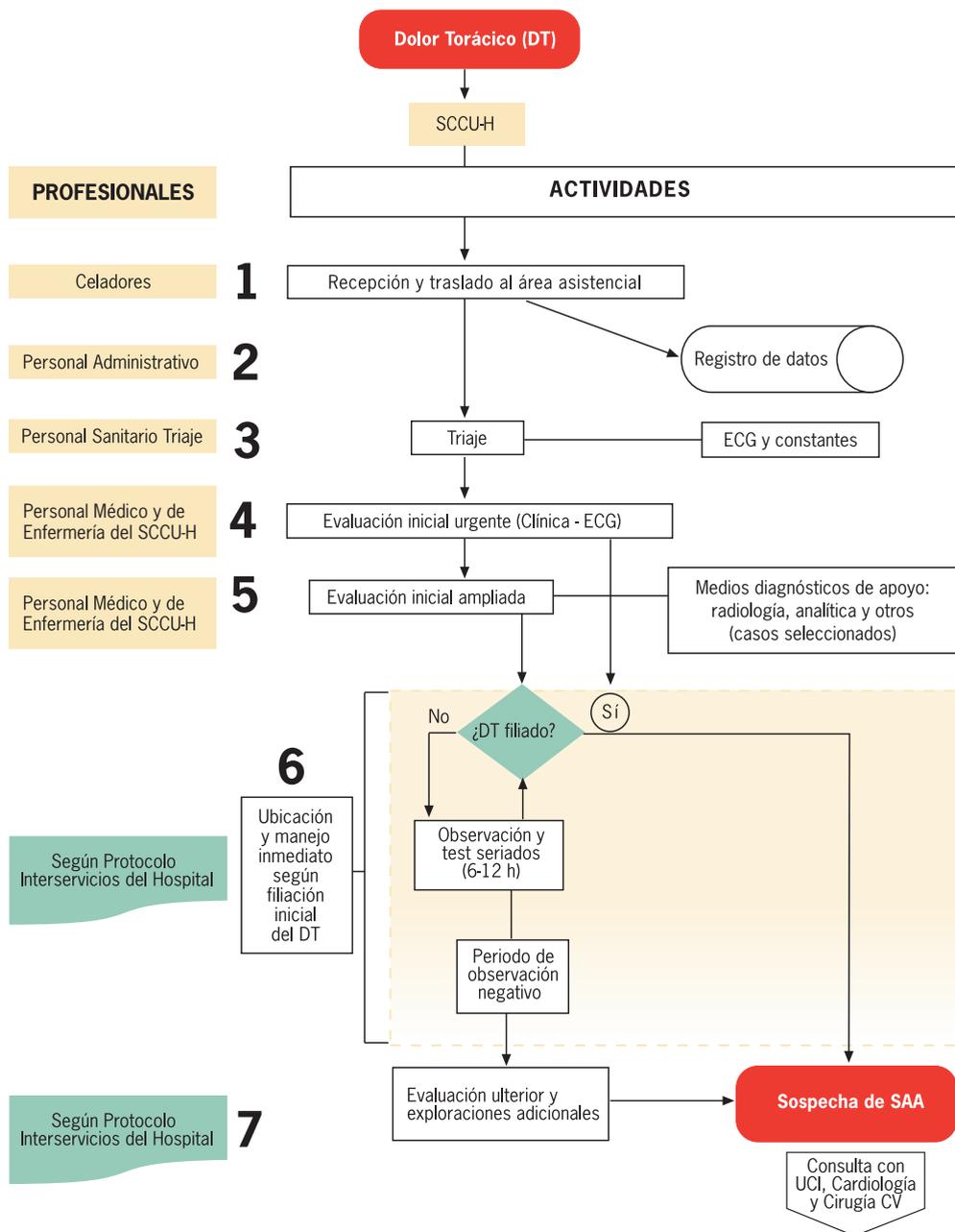
Unidad de Atención al Usuario de AP

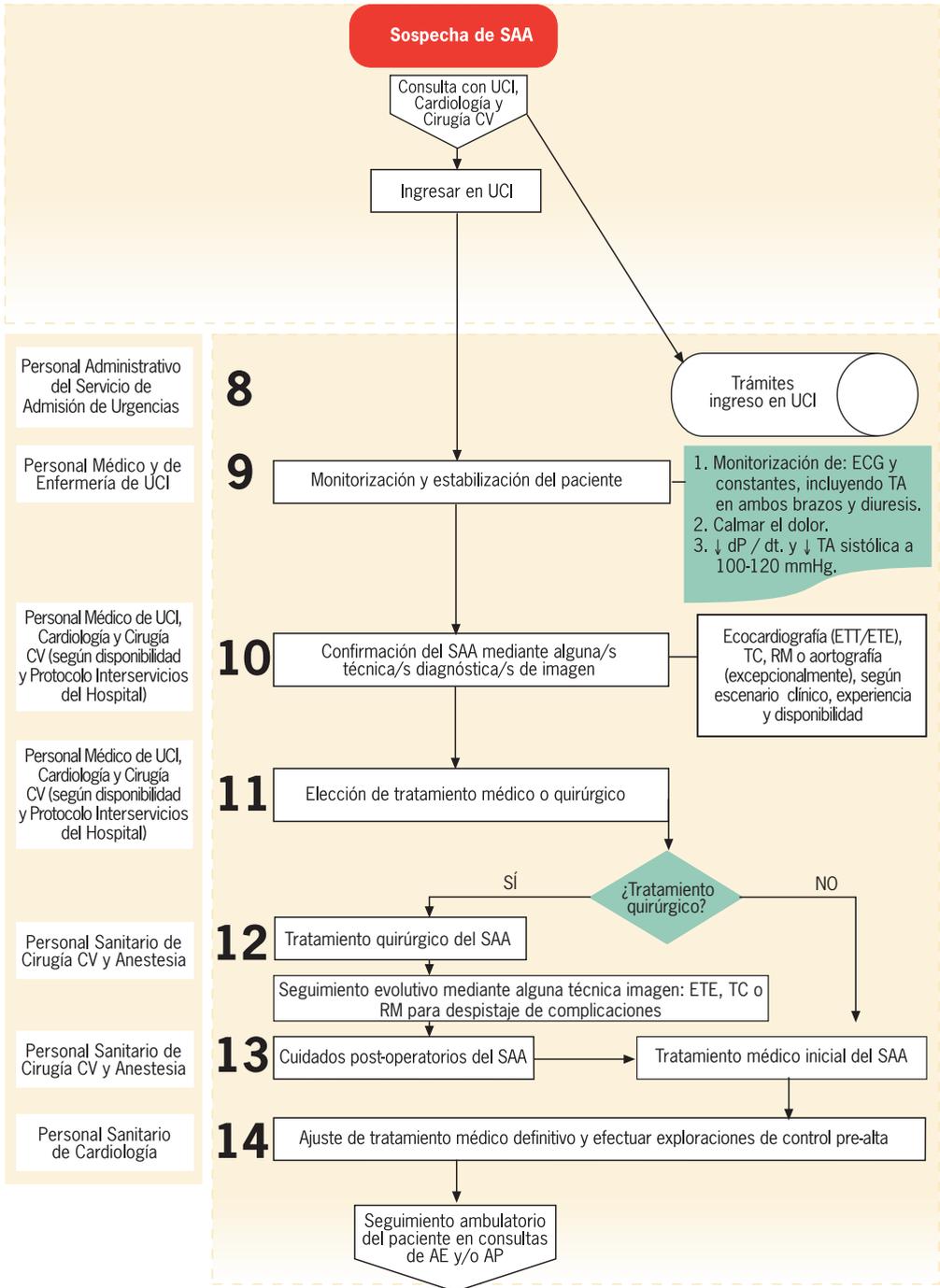
Actividades	Criterios de calidad
17. Gestionar cita con Médico de Familia	17.1. Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible. 17.2. Atención personalizada, amable y correcta. 17.3. Evitar demoras innecesarias. 17.4. Posibilidad de citación telefónica. 17.5. Buena gestión de plazos de cita.

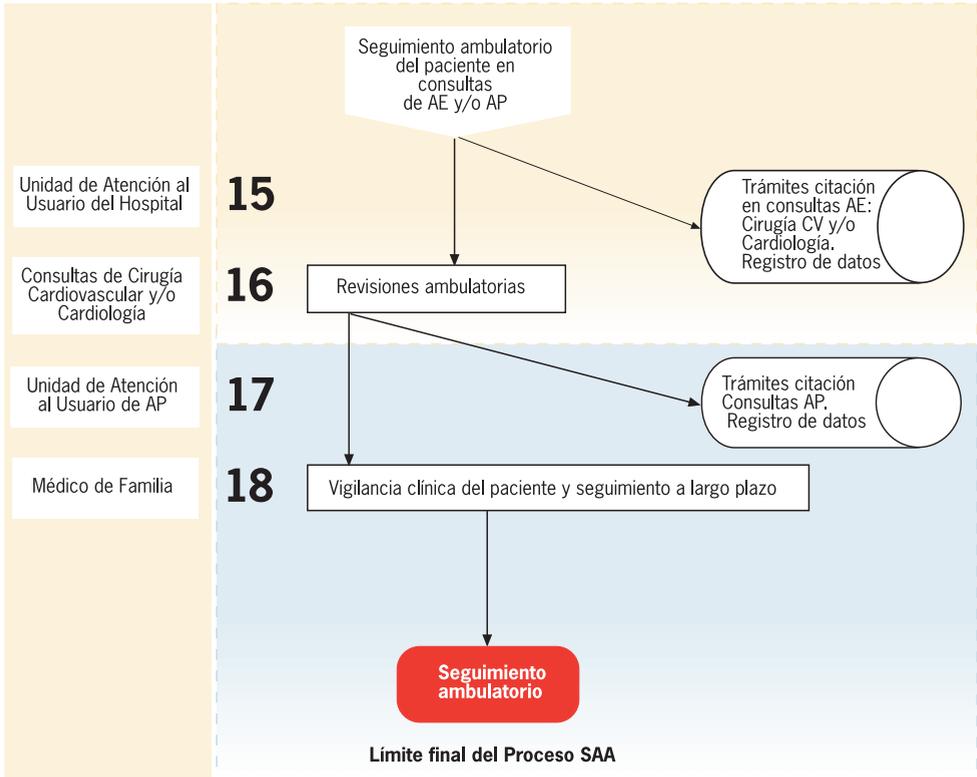
Médico de Familia

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

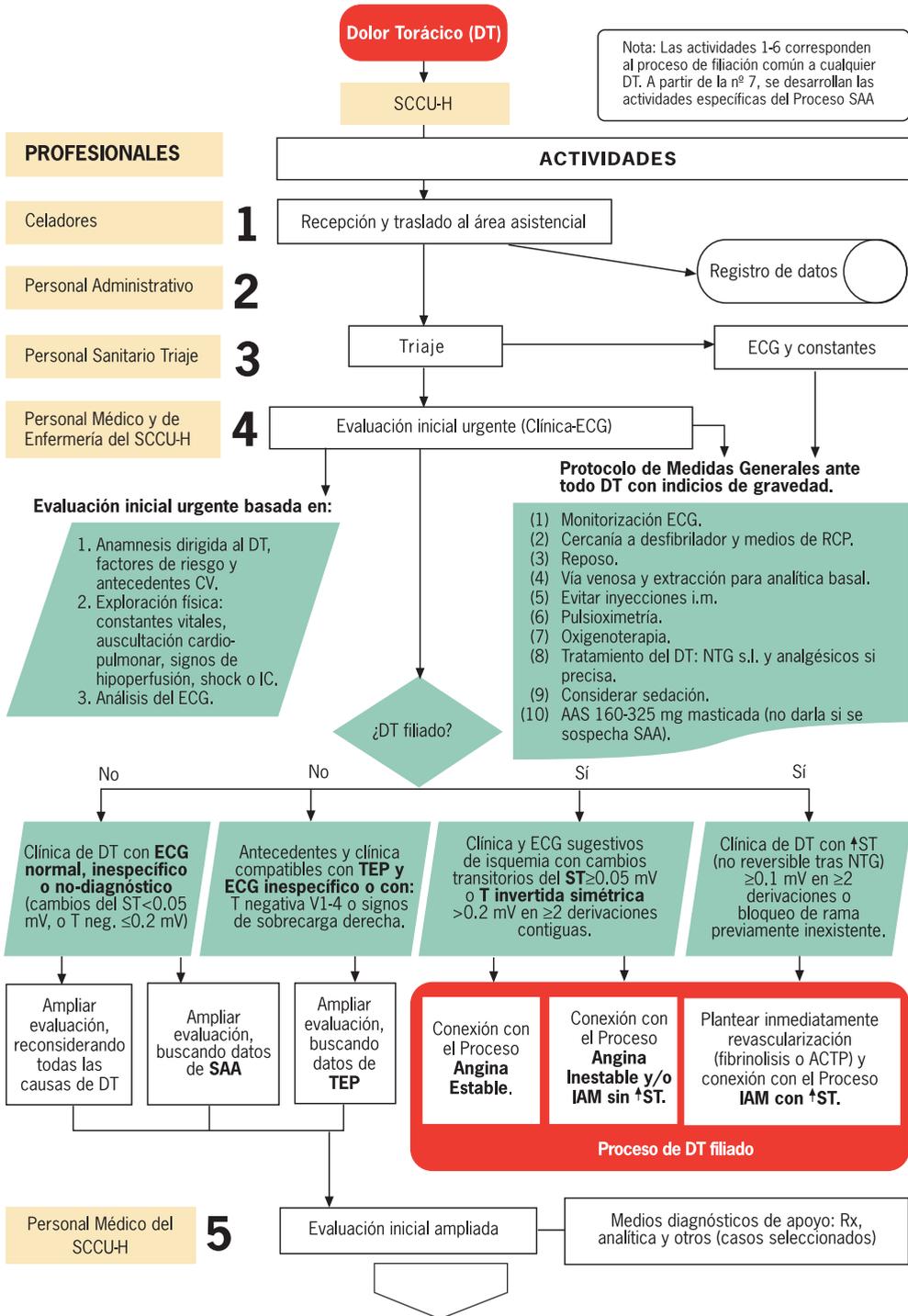
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.A: SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS HOSPITALARIO (SCCU-H)**







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



Personal Médico del SCCU-H

5

Evaluación inicial ampliada

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

Ampliación de la evaluación inicial en el DT

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

Ampliación de la evaluación inicial en el SAA

Buscar datos clínicos típicos de SAA:

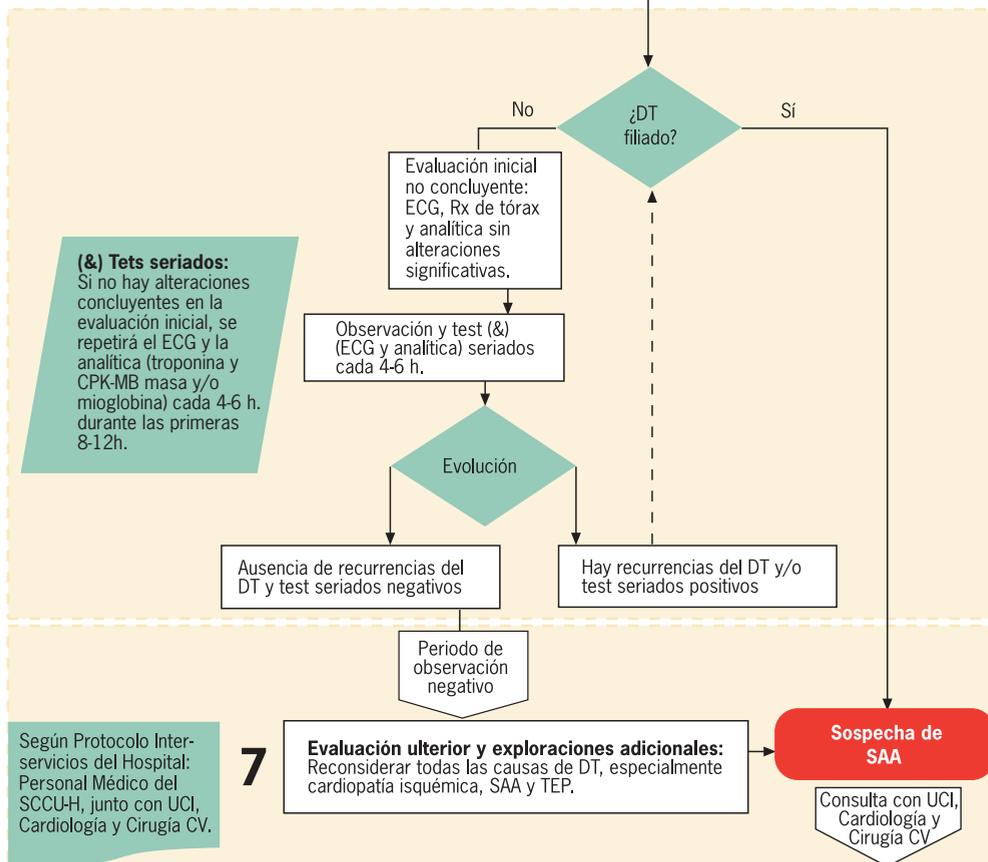
1. DT súbito, severo y con irradiación típica/Síncope.
2. HTA.
3. Déficit de pulsos.
4. Diferencias de TA en ambos brazos.
5. Semiología de insuficiencia aórtica.
6. Signos de fallo VI.
7. ECG inespecífico: Normal o HVI.
8. Rx de tórax inespecífica: normal, ensanchamiento mediastínico o doble contorno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

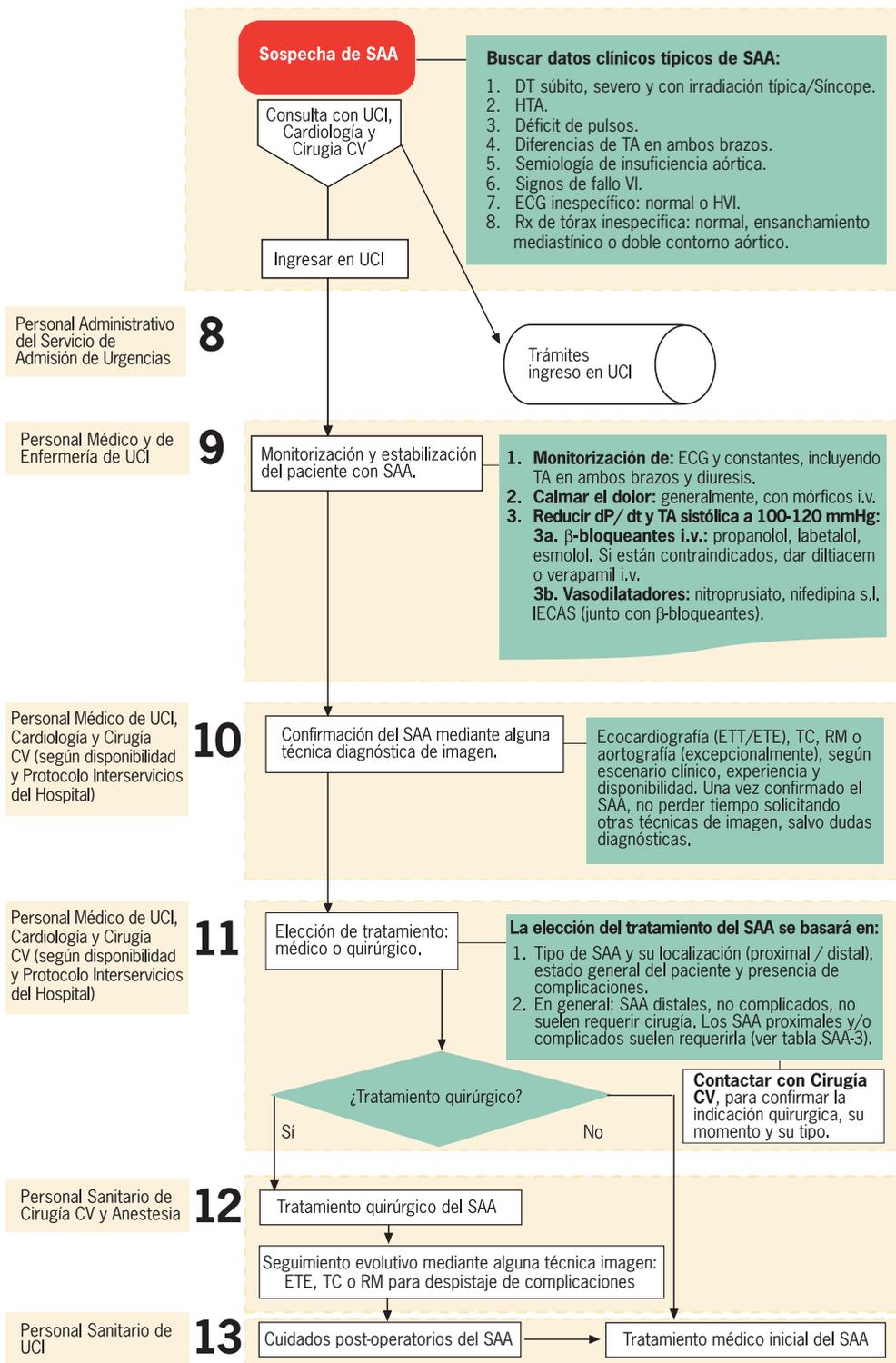
Según Protocolo Interservicios del Hospital

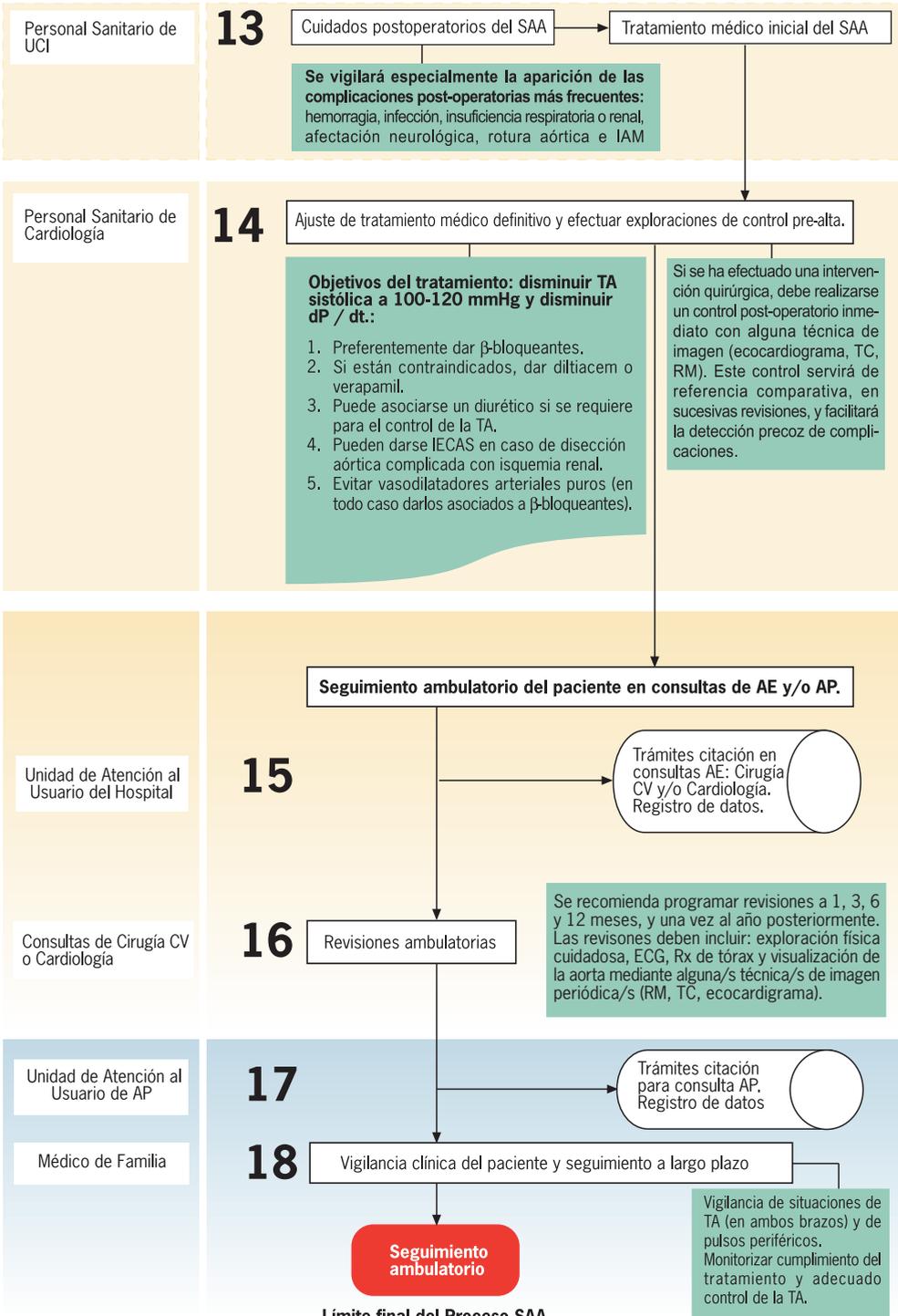
6

Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT

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







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

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

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

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

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

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

Personal Médico y de Enfermería del DCCU-AP

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

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

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

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

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

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

Personal Médico y de Enfermería del DCCU-AP

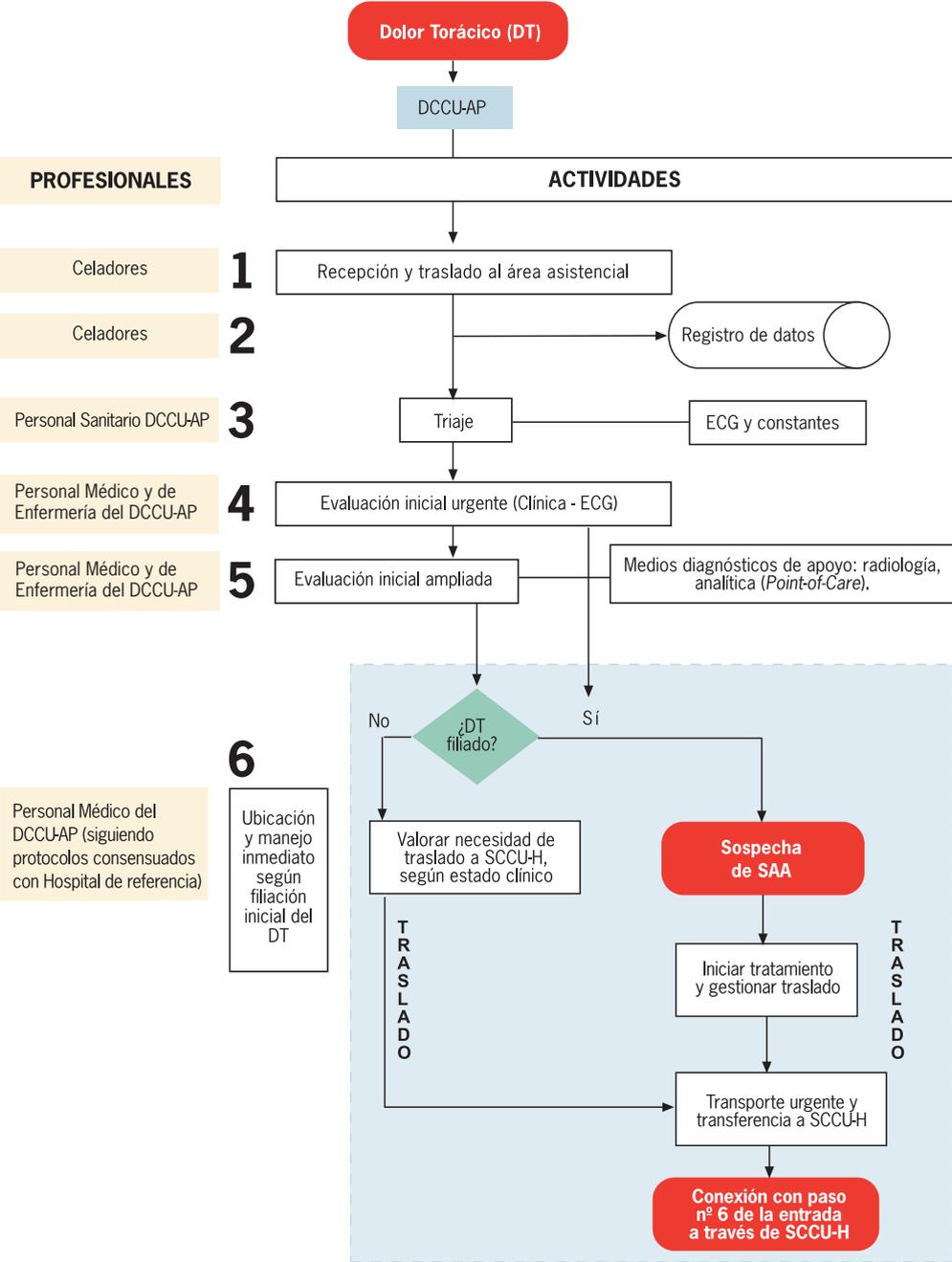
Actividades	Características de calidad
5. Ampliación de la evaluación inicial	5.1. Si se sospecha síndrome aórtico agudo (SAA), ampliar la evaluación clínica, buscando los datos clínicos más frecuentemente asociados al SAA (ver apartados 7.1 y 7.2 de la vía de entrada por SCCU-H del proceso SAA).

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

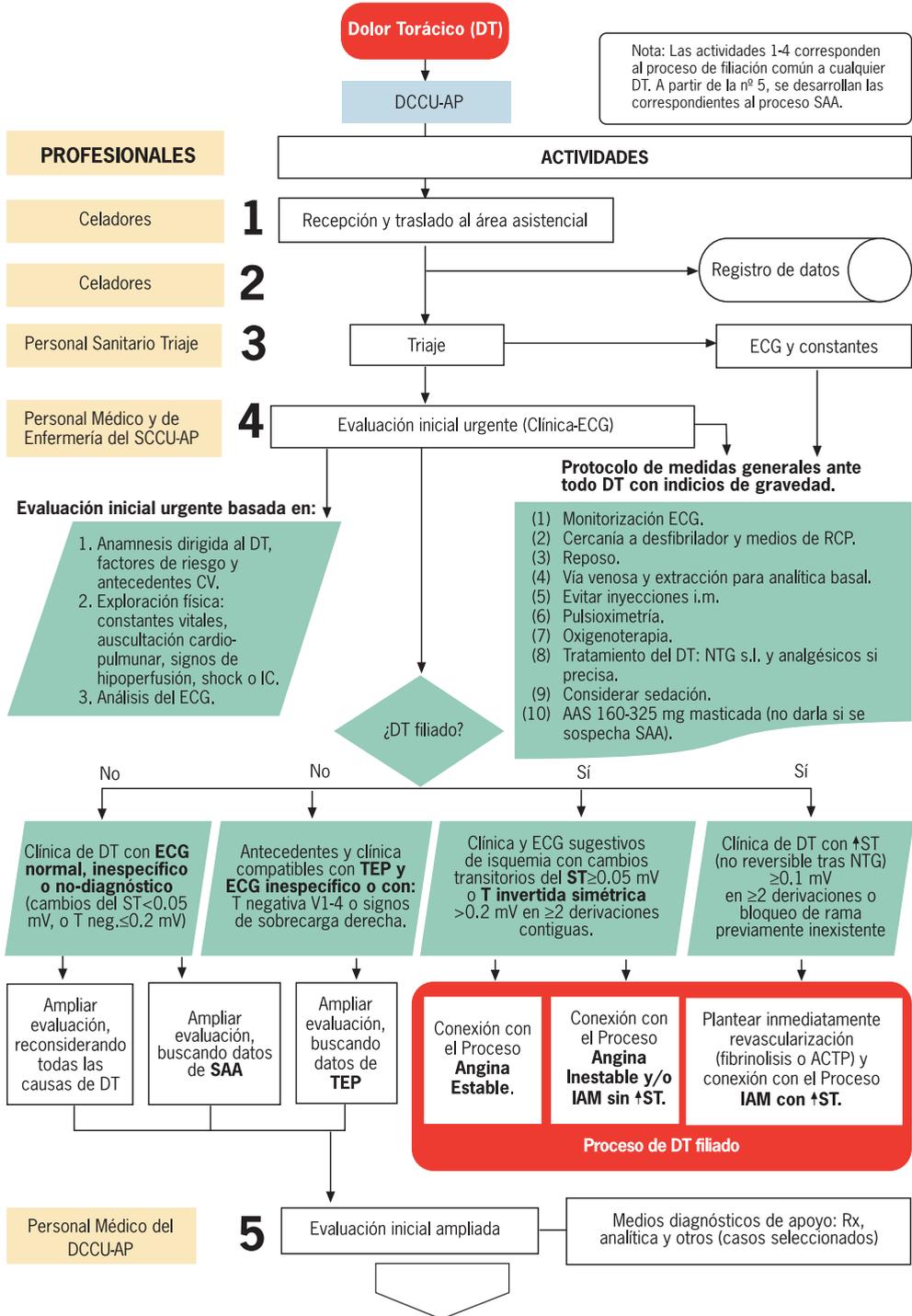
Actividades	Características de calidad
6. Ubicación y manejo inmediato del paciente según filiación inicial del DT: transporte urgente en ambulancia al Hospital.	<p>6.1. En el caso de que exista sospecha de SAA, se indicará traslado urgente al Hospital de destino. Aunque la evaluación inicial no haya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

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

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



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





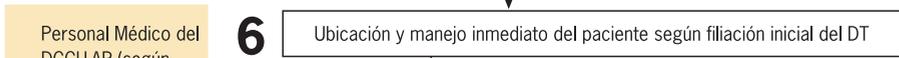
Ampliación de la evaluación inicial en todo DT

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

Ampliación de la evaluación inicial en el SAA

Buscar datos clínicos típicos de SAA:

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



No **¿DT filiado?** Si

Evaluación inicial no concluyente

Valorar traslado a SCCU-H, según estado clínico

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

Sospecha de SAA

Gestionar traslado en ambulancia medicalizada y mientras estabilizar el SAA

Tratamiento para estabilizar el SAA

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

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

Operadores telefónicos/Médico coordinador del 061	
Actividades	Características de calidad
1. Recepción de la llamada del paciente	<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 comunicación con los mismos.3.6. Asignación, por el médico coordinador, de los recursos sanitarios adecuados a la sospecha de gravedad.

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

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

Personal Médico y de Enfermería del 061

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

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

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

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

Personal Médico y Enfermería del 061

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

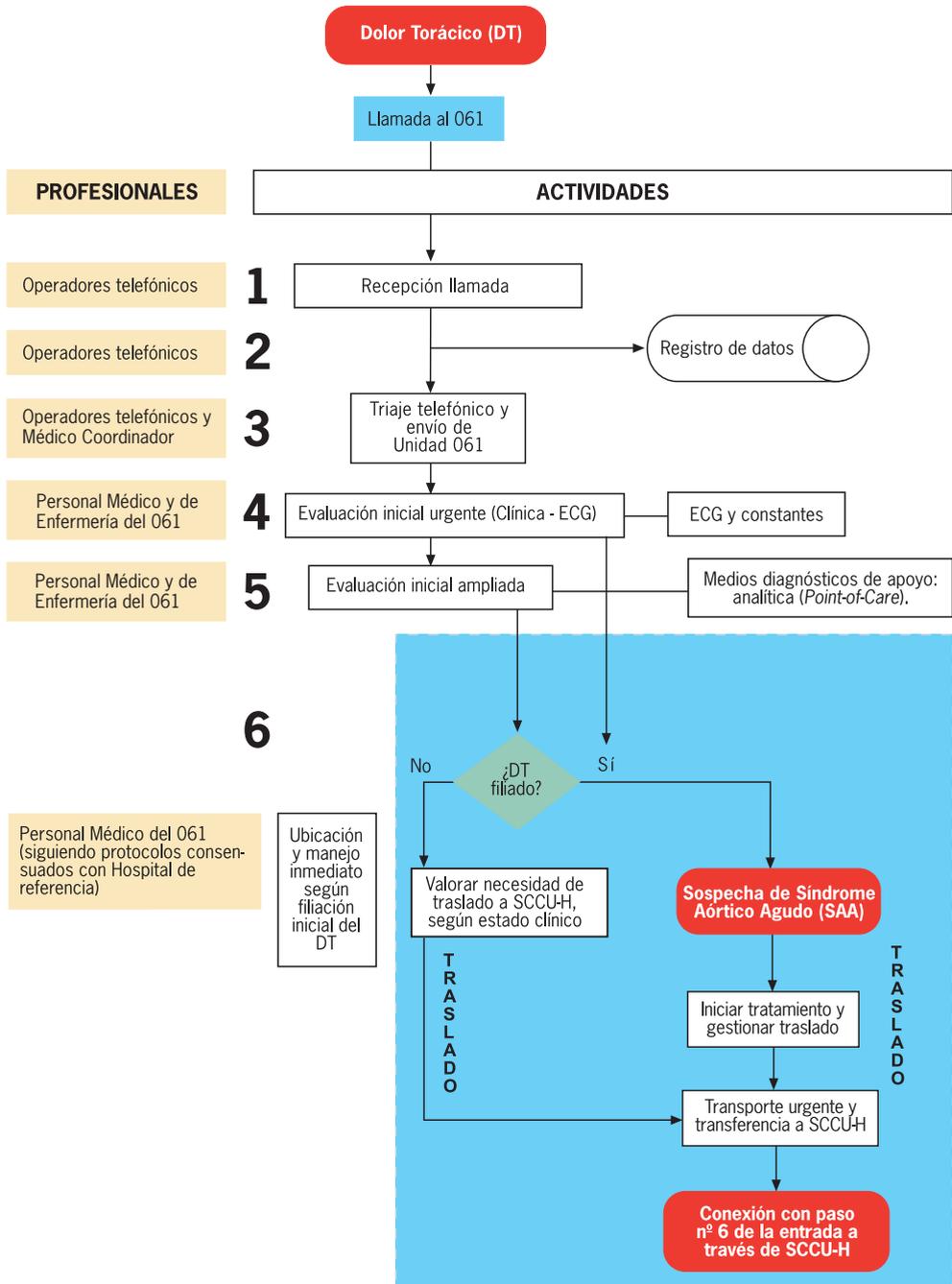
Personal Médico del 061 (siguiendo protocolos consensuados con Hospital de referencia)

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

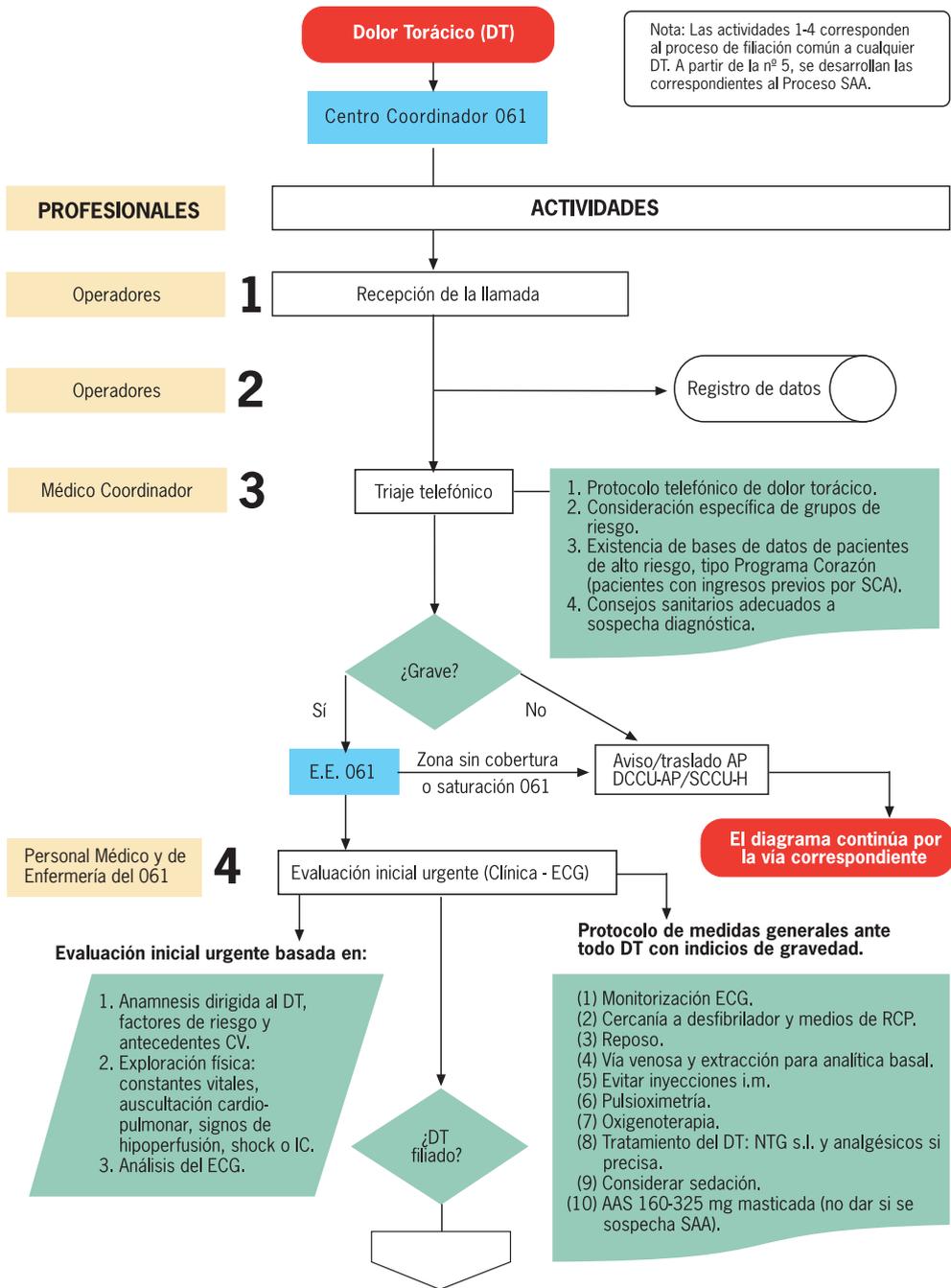
sistemas de alerta que garanticen que la evaluación preoperatoria, la estabilización del paciente, los preparativos de la cirugía del SAA y la propia cirugía, estén ultimados en el menor tiempo posible.

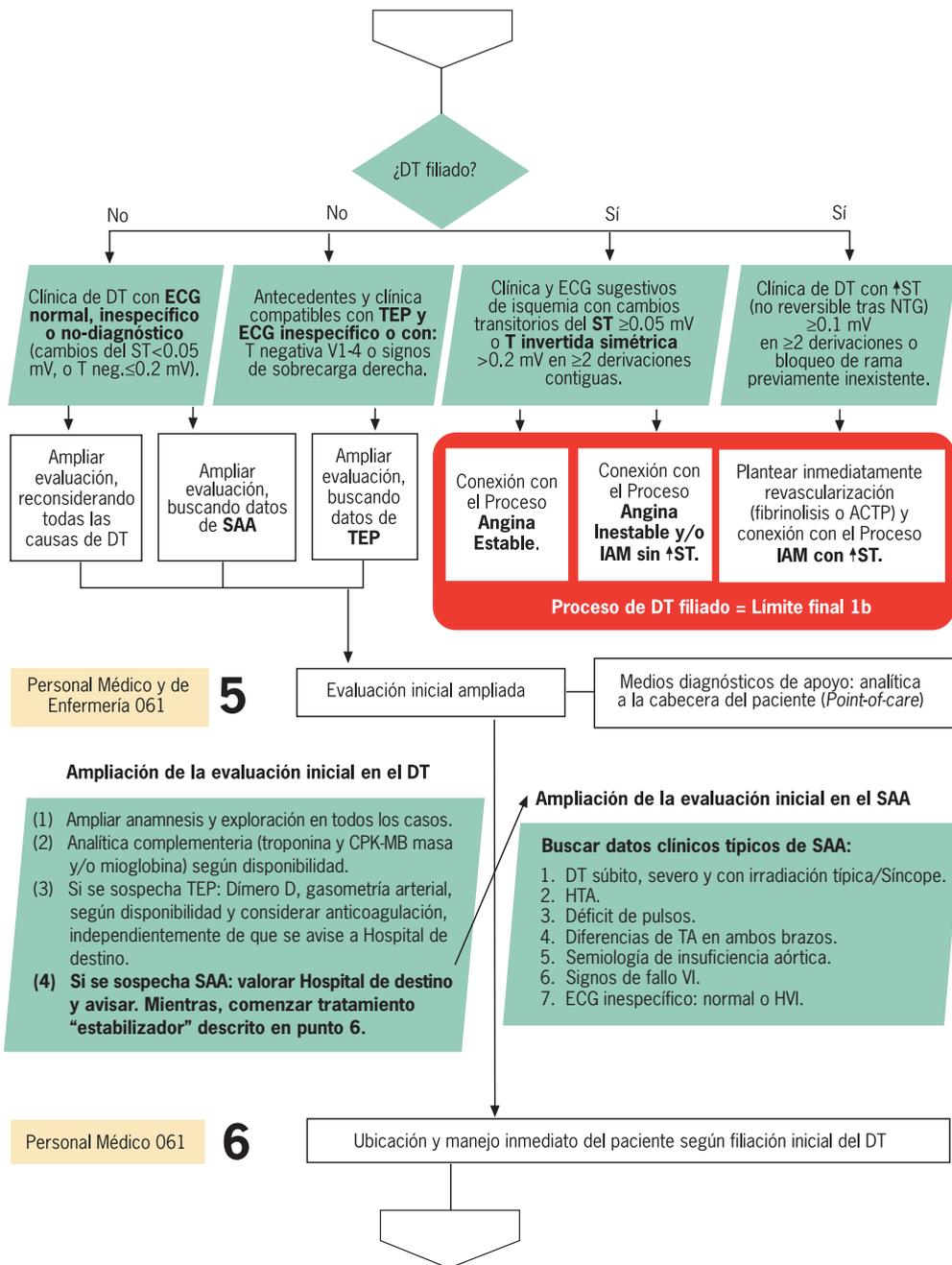
- 6.6. Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- 6.7. Transferencia del paciente, aportando informe clínico y pruebas realizadas, a Médico receptor identificado. En concreto, debe adjuntarse siempre el ECG, con indicación del momento de su realización y de la presencia o ausencia de dolor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

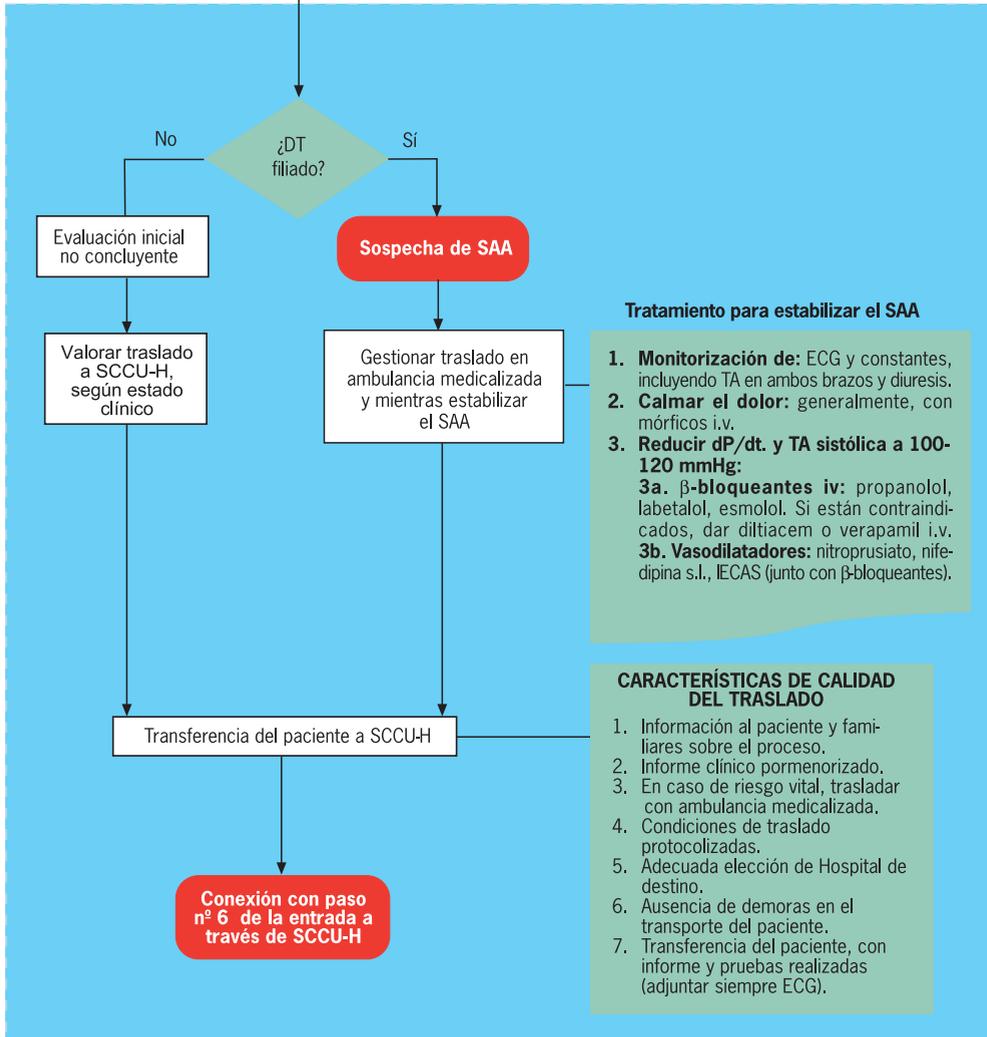
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. PROCESO: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO (SAA).
VÍA DE ENTRADA 1.C: LLAMADA AL 061**



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







2. Entrada a través de consulta a Médico de Familia

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

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

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

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

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

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

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

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

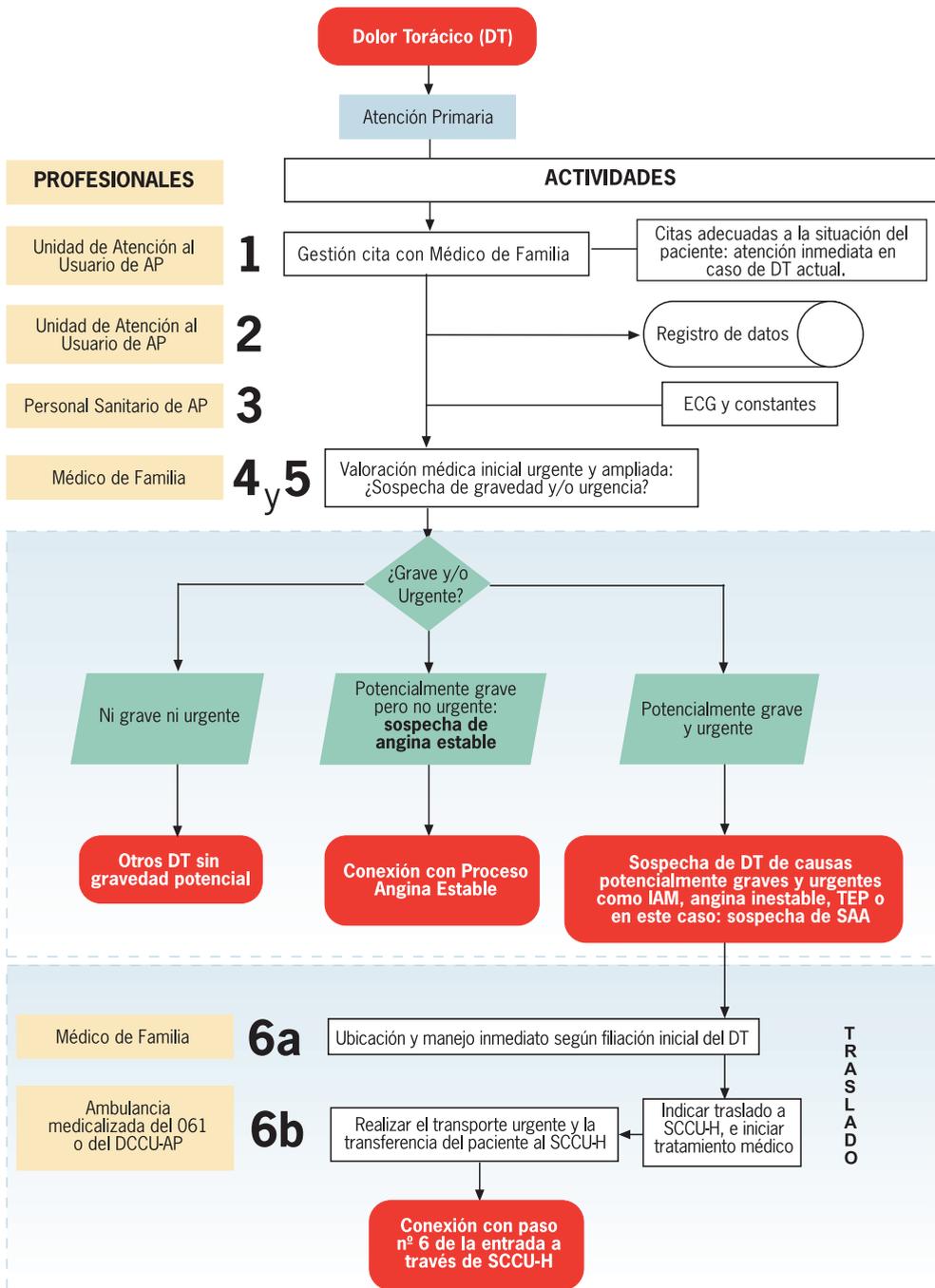
6.2. Ante una sospecha fundada de SAA, y en los casos en que se prevea que el traslado puede demorarse, comenzar el tratamiento específico para estabilizar clínica y hemodinámicamente el SAA, con todas las medidas que estén disponibles (*), de entre las descritas en el apartado correspondiente (apartado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

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

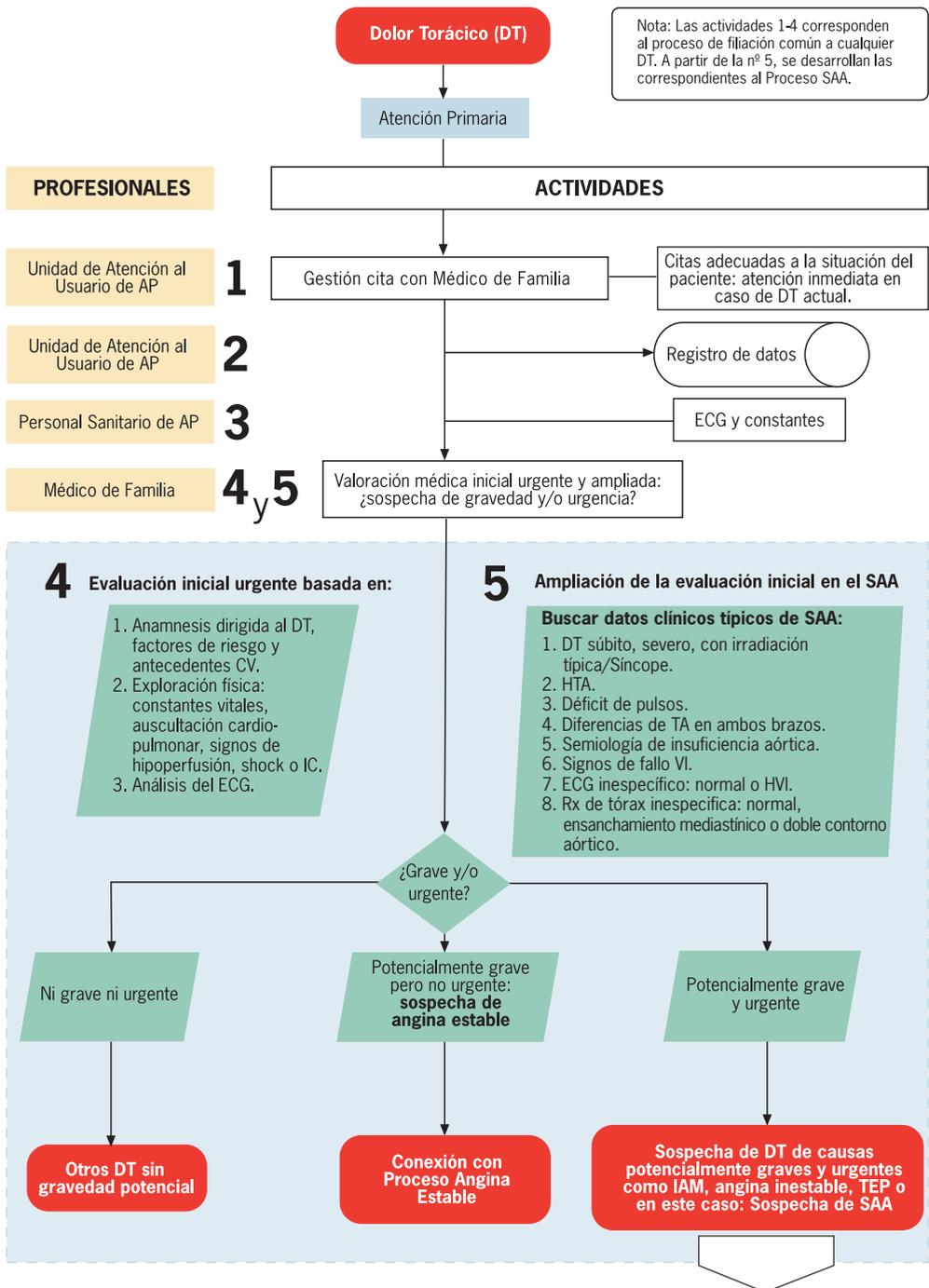
6.3. Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y sobre la decisión tomada (recomendada), a cerca del traslado del paciente.

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

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



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



Médico de Familia

6a

Ubicación y manejo inmediato según filiación inicial del DT

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

Mientras se gestiona el traslado:

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

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

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

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

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

Ambulancia medicalizada del 061 o del DCCU-AP

6b

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

Mientras se gestiona el traslado:

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

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL TRASLADO

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

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

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

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

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

Personal de Enfermería de SCCU-H

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

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

Personal de Enfermería de UCI – Unidad Coronaria

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

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

Personal de Enfermería de UCI - Unidad Coronaria

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

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

2. Procedimientos de Enfermería:

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

3. Comunicación:

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

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

Personal de Enfermería del área de hospitalización

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

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

Personal de Enfermería de Atención Primaria

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

Competencias profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

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

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

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

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

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

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

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

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

Competencias Específicas del Proceso

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

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

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

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

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

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

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

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

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

HABILIDADES

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

ACTITUDES

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

ACTITUDES

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

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

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

HABILIDADES

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

HABILIDADES

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

ACTITUDES

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

5

INDICADORES

PROPUESTA DE INDICADORES: INTRODUCCIÓN Y LIMITACIONES

Los indicadores son mediciones de las características de un proceso, que permiten evaluarlo periódicamente. De esta forma, se puede conocer si el proceso está estabilizado, con escasa variabilidad, y se facilita la identificación de oportunidades de mejora. Los indicadores tradicionalmente se clasifican en tres tipos, según analicen la *estructura*, el *proceso* o los *resultados*. A su vez, los indicadores de resultados, suelen clasificarse en indicadores de *efectividad*, de *eficiencia* y de *satisfacción* de los usuarios. Finalmente, los indicadores pueden estar basados en *índices* o bien en *sucesos centinelas*.

En cualquier caso, un indicador es siempre el resultado de un proceso de medición, con el consiguiente consumo de recursos. Por ello, deben ser seleccionados de forma que sean los mínimos necesarios para informar de las características de calidad fundamentales del proceso. Esto es especialmente importante cuando los datos no pueden ser adquiridos de fuentes informatizadas (CMBD, sistemas de información de AP, registros de cáncer u otras patologías, etc.). La mayoría de las características de calidad de un proceso no están disponibles en registros informatizados, sino que requieren la realización de auditorías con la revisión de historiales clínicos lo que, evidentemente, supone una gran limitación para la evaluación de los procesos. Por ello, la primera propuesta sería la existencia de registros informatizados para la obtención de

algunos de los indicadores que ofertamos a continuación. Somos conscientes de que no es posible extender el registro informático a todos los indicadores que exponemos, sino a un pequeño subconjunto de los mismos. En este sentido, la selección dependerá, entre otros factores, del grado de concordancia con los indicadores propuestos para el resto de procesos asistenciales.

Otra limitación importante que debe ser tenida en cuenta, especialmente si se utilizan para comparar diferentes instituciones, es la utilización de los siguientes indicadores: la estancia media, la mortalidad intrahospitalaria o el porcentaje de reingresos. Estos indicadores tienen la ventaja de ser fácilmente obtenibles, por estar incluidos en los sistemas de información de los centros; sin embargo, deben ser ajustados por otros factores como severidad, comorbilidad, etc. En ausencia de estos ajustes, su uso debe limitarse al estudio longitudinal a lo largo del tiempo, de la evolución del proceso en una misma institución.

El porcentaje de reclamaciones recibidas en una institución con relación a un determinado proceso suele considerarse como un indicador de calidad percibida por el usuario. De hecho, con frecuencia, es el único indicador de calidad percibida que está disponible para un proceso concreto, cuando éste no ha sido contemplado en la Encuesta de satisfacción del usuario, o no se dispone de una encuesta reciente. La limitación en el uso de este indicador reside en que las reclamaciones se deben muchas veces a aspectos ajenos al proceso que se está analizando, por lo que es esencial una adecuada clasificación de los motivos de las reclamaciones para poder usarlo.

Finalmente, hay una cuarta limitación que merece la pena destacar: para la mayoría de las características de calidad del proceso no existen estándares de referencia que puedan ser utilizados para su aplicación en el conjunto del SSPA. Habrá que esperar, por tanto, a que la monitorización de los indicadores seleccionados permita obtener los correspondientes estándares en el futuro. Mientras tanto, se proporcionan algunos datos orientativos, obtenidos a partir de recomendaciones de las guías de práctica clínica consultadas en cada proceso.

A continuación se exponen los indicadores, **remarcando en color rojo los que se consideran más importantes** para el proceso analizado.

- 1. Existencia de un registro de casos:** Dada la escasa prevalencia y la gravedad del SAA, debe existir un registro informático individualizado de casos, donde conste el número total de casos diagnosticados cada año, el tipo de SAA (por ejemplo disección aórtica proximal o distal), el tratamiento (médico o quirúrgico) recibido por cada paciente, las posibles complicaciones o reintervenciones y el desenlace final, incluyendo un seguimiento mínimo de 2 años. De esta manera, se puede obtener el porcentaje de cada tipo de SAA que ha sido intervenido quirúrgicamente y con qué resultados. La mera existencia de este registro, adecuadamente cumplimentado y actualizado, ya constituiría un indicador de calidad que, además, facilitaría la obtención de gran parte de los indicadores que se comentan a continuación.
- 2. Prevalencia “aparente” del SAA (en cualquiera de sus formas o tipos):** Dividiendo el número total de casos existentes en el registro de SAA de un centro entre la población teóricamente atendida en el mismo, obtendríamos la prevalencia “aparente” del SAA. Este dato no sería exactamente coincidente con la prevalencia “real” del SAA, tal como se consideraría desde el punto de vista epidemiológico. El hecho de que el SAA sólo se atienda en algunos hospitales de referencia, y con captación desigual de pacientes con SAA de otras áreas hospitalarias, distorsiona el cálculo de la prevalencia, diferenciándola de la estrictamente epidemiológica. Sin embargo, es un indicador muy fácil de obtener y que refleja indirectamente la capacidad de una determinada unidad médico-quirúrgica de identificar (diagnosticar) nuevos casos de SAA y/o de captar un mayor número de pacientes derivados desde otras áreas hospitalarias. Por otro lado, este indicador refleja la experiencia global de una determinada unidad médico-quirúrgica en el tratamiento del SAA. Dado que la experiencia en el tratamiento quirúrgico del SAA es uno de los principales factores determinantes de sus resultados, resulta obvio que éste es el principal indicador en este proceso.
- 3. Porcentaje de pacientes con SAA intervenidos, ajustado por el tipo de SAA:** Sería el número de pacientes con un determinado tipo de SAA (por ejemplo disección aórtica proximal) intervenidos quirúrgicamente, dividido entre el número total de pacientes con ese mismo tipo de SAA atendidos en dicho centro. Este indicador se podría calcular para un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, anual), así como también totalizarlo de forma acumulativa.
- 4. Mortalidad intrahospitalaria y mortalidad en el primer mes:** Se calcularía dividiendo el número de pacientes fallecidos durante su estancia hospitalaria (o dentro del primer mes desde su ingreso hospitalario), entre el número total de pacientes atendidos con SAA. Este indicador se podría calcular para el conjunto de los pacientes con SAA, para un tipo de SAA determinado, o incluso para un tipo de SAA concreto que, además, ha sido sometido a un tratamiento concreto. Por ejemplo: mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con disección aórtica proximal intervenidos quirúrgicamente.

- 5. Porcentaje de reintervenciones:** Sería el número de pacientes que se han tenido que someter a una nueva intervención quirúrgica de su SAA en los 2 primeros años tras la primera intervención, dividido entre el total de pacientes intervenidos con SAA en el mismo centro.
- 6. Porcentaje de complicaciones mayores:** Número de pacientes intervenidos por SAA que han presentado (en los 2 primeros años post-intervención) complicaciones importantes como: insuficiencia aórtica, recurrencia de la disección, formación de nuevos aneurismas (o pseudoaneurismas), expansión de un aneurisma previo y ruptura. Este numerador iría dividido entre el número total de pacientes atendidos con SAA. Al igual que otros indicadores previos, puede estar referido a cualquier SAA o bien a un tipo específico del mismo.
- 7. Tiempos de respuesta en el SAA:** Desde que el paciente demanda la asistencia (contacta con algún sistema hospitalario o extrahospitalario) hasta que se inicia la asistencia. Éste es un indicador genérico que en el caso del SAA intervenido convendría expresarlo como: **tiempo total desde la demanda de asistencia hasta que se inicia la intervención quirúrgica** expresado mediante la mediana en horas de todos los episodios. La justificación de este indicador es el hecho conocido de que la mortalidad por disección aórtica, de forma acumulativa, se incrementa aproximadamente a razón de un 1% por cada hora de demora. Este tiempo se puede considerar de forma global o desglosado en sus 2 componentes principales: Tiempo desde la demanda de asistencia hasta que se establece el diagnóstico, y tiempo desde el diagnóstico hasta que se inicia la intervención quirúrgica. Desde un punto de vista realista, resulta más fácil de medir el tiempo de respuesta global (desde la demanda de asistencia hasta que se inicia la intervención quirúrgica), que es uno de los indicadores más importantes de este Proceso, ya que condiciona la mortalidad quirúrgica del mismo.
- 8. Porcentaje de valoración positiva de la asistencia recibida en el SAA:** Mediante encuesta de satisfacción al usuario, se dividiría el número total de respuestas positivas entre el número total de respuestas. Este indicador debería superar un estándar del 75%.
- 9. Porcentaje de reclamaciones recibidas en pacientes asistidos por SAA:** El porcentaje de reclamaciones es un indicador de calidad percibida por el usuario. Se calcularía dividiendo el número de reclamaciones recibidas en un determinado ámbito de asistencia entre el número total de asistencias producidas en el mismo periodo de tiempo.
10. Dentro de los indicadores basados en acontecimientos o sucesos centinela estaría la identificación de un error diagnóstico que ha provocado un enfoque terapéutico inadecuado. El error diagnóstico podría ser tanto un falso positivo como un falso negativo. En el primer caso, estarían los pacientes intervenidos por un supuesto SAA, que no es confirmado en quirófano. En el segundo caso, estarían

los pacientes en los que se descubre (por cualquier método) un SAA que no se ha identificado en una consulta previa reciente (dos últimas semanas) por idéntico motivo al actual. En ambos casos, el hallazgo de un falso positivo y/o negativo que induce a un tratamiento inadecuado debería ser considerado un acontecimiento centinela y su detección debería implicar que el proceso del SAA en dicha área hospitalaria deba ser revisado en su totalidad.

Síndrome aórtico agudo

En este documento se define síndrome aórtico agudo (SAA) como el proceso de atención al paciente cuyo síntoma fundamental es el dolor torácico no traumático (DT), de causa potencialmente grave, debido a alguna de las siguientes patologías de la aorta: disección aórtica (DA), hematoma aórtico intramural (HAI), úlcera aórtica penetrante (UAP) y aneurisma aórtico expansivo (AAE).

Disección aórtica clásica

Creación de una falsa luz en la túnica media de la pared aórtica, tras la formación de un desgarro de la íntima, que expone la capa media subyacente enferma al flujo sanguíneo pulsátil, que penetra en la misma, disecándola y extendiéndose distal y/o proximalmente en longitud variable.

Hematoma aórtico intramural

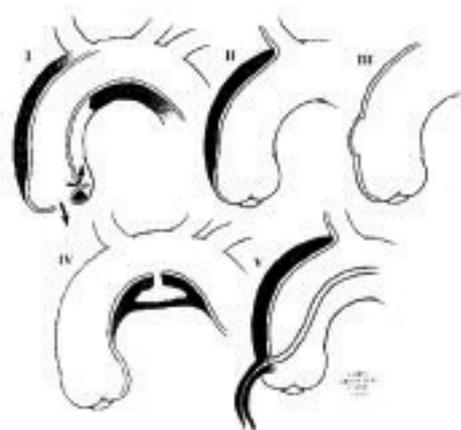
Es esencialmente una hemorragia contenida en la capa media aórtica producida por rotura de la *vasa vasorum*. Puede ser localizado, pero más frecuentemente se extiende a lo largo de una longitud variable disecando entre la capa media y la adventicia. También se conoce como disección aórtica sin desgarro intimal.

Úlcera aórtica penetrante

Ulceración de una lesión arteriosclerótica aórtica que penetra en la lámina elástica interna, formando un hematoma en la capa media de la aorta torácica, permaneciendo generalmente localizado, o extendiéndose unos centímetros, pero sin formar una falsa luz.

Subtipos o variantes de la disección aórtica

Estudios recientes han demostrado que la hemorragia aórtica intramural, el hematoma intramural y la úlcera aórtica penetrante, pueden ser fases evolutivas de disecciones aórticas o



subtipos de las mismas. Por este motivo, se ha propuesto una nueva clasificación de la disección aórtica que ha sido recomendada en el último "Task Force Report on Aortic Dissection" de la Sociedad Europea de Cardiología:

Clase 1: Disección aórtica clásica con un "flap" intimal que separa la luz falsa de la verdadera.

Clase 2: Hemorragia/Hematoma aórtico intramural.

Clase 3: Disección aórtica limitada o discreta, sin hematoma. Es decir, se trataría de un desgarro o rotura intimal con exposición de las capas subyacentes media o adventicia, pero sin separación progresiva de las mismas. Suele presentar una protusión excéntrica de la pared aórtica en la zona del desgarro.

Clase 4: Úlcera aórtica penetrante.

Clase 5: Disección yatrógena o traumática.

Aneurisma aórtico

Dilatación localizada de la aorta con un diámetro mayor o igual a 1.5 veces del que habitualmente presenta dicho segmento aórtico. Puede tener morfología fusiforme o sacular, y evolucionar ulteriormente hacia la expansión (aneurisma aórtico expansivo) y ruptura.

Tabla 1 (*) Clasificación de la disección aórtica (DA)

Tipo	Sitio de origen y extensión de la afectación aórtica
DeBakey	
Tipo I	Se origina en la aorta ascendente, se propaga al menos hasta el arco aórtico y, a menudo, lo sobrepasa distalmente.
Tipo II	Se origina en la aorta ascendente y está confinado en la misma, sin sobrepasarla.
Tipo III	Se origina en la aorta descendente y se extiende distalmente hacia la aorta abdominal. Raramente también puede extenderse en sentido retrógrado, hacia el arco aórtico y la aorta ascendente.
Stanford	
Tipo A	Todas las disecciones que afectan a la aorta ascendente, independientemente de su sitio de origen (2/3 de las DA).
Tipo B	Todas las disecciones que no afectan a la aorta ascendente (1/3 de las DA).
Descriptiva	
Proximal	Incluye los tipos I y II de DeBakey y el tipo A de Stanford.
Distal	Incluye el tipo III de DeBakey o el tipo B de Stanford.
Aguda/Crónica Tiempo de evolución de la DA en el momento de su diagnóstico	
DA Aguda	Presente desde hace menos de 2 semanas (2/3 de las DA).
DA Crónica	Presente desde hace más de 2 semanas (1/3 de las DA).

(*) Tomada de Isselbacher EM, Eagle KA, Desanctis RW. *Diseases of the Aorta*. En: Braunwald E, editor. *Heart Disease*. 5ª ed. Philadelphia: Saunders; 1997 p. 1546-1581.

Tabla 2 (*) Utilidad de la ecocardiografía transesofágica (ETE), la tomografía axial computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y la aortografía (AOGR), en el diagnóstico, extensión y complicaciones del SAA

	ETE(1)	TCMC(2)	RM(3)	AOGR(4)
Sensibilidad diagnóstica para DA	++/+++	+++	+++	+ / ++
Especificidad diagnóstica para DA	++/+++	+++	+++	+++
Afectación de la aorta ascendente	+++	+++	+++	+++
Extensión de la disección	++	+++	+++	+++
Puerta de entrada	+++	+	+++	+
Puntos de comunicación	+++	-	++	+
Afectación de los troncos supraaórticos	+	++/+++	++/+++	+++
Afectación de las arterias coronarias	++	++	-	+++
Enfermedad coronaria arterosclerótica	-	-	-	+++
Trombos en la luz falsa	++	+++	+++	-
Afectación de la válvula aórtica	+++	-	++	+++
Derrame pericárdico	+++	+++	+++	-
Función ventricular	+++	-	++	+++

(*) Tomada de: Zamorano JL, Mayordomo JA, Evangelista A, San Román JA, Buñuelos C, Gil M. Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en Enfermedades de la Aorta. En: Marín E, Rodríguez L, Bosch J, Iñiguez A, editores. GPC de la SEC. Madrid: SEC; 2000. p.433-43 y modificada según tabla análoga de: Isselbacher EM, Eagle KA, Desanctis RW. Diseases of the Aorta. En: Braunwald E, editor. Heart Disease. 5ª ed. Philadelphia: Saunders; 1997. p. 1546-1581. Actualización según texto en Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, Rakowski H, Struyven J, y cols. Diagnosis and management of Aortic Dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 22: 1642-1681

(1) La principal limitación del ETE es la imposibilidad de valorar los 1/3 distal de la Aorta ascendente y la mitad proximal del arco aórtico (tipo II de DeBakey) y la aorta abdominal más allá del tronco celiaco.

(2) La aplicación del TCMC (TC multicorte) sincronizado con ECG con y sin contraste ha situado al TC como la técnica de elección en el diagnóstico del SAA, alcanzando cifras de precisión diagnóstica global de hasta 96-100% según las series.

(3) La RM es una técnica poco disponible, que consume mucho tiempo y que impide la correcta vigilancia clínica y hemodinámica de este paciente crítico durante el tiempo que dura la exploración. Por eso no es una prueba de primera elección en el diagnóstico de SAA. En el caso de un HIM, sin embargo, si está disponible y no contraindicada, puede aportar información muy importante sobre la antigüedad del HIM, que, como sabemos, es extremadamente inestable sobre todo en fase subaguda (entre 4-15 días).

(4) En lo que respecta a la Aortografía, no se considera en la actualidad una técnica inicial para el diagnóstico. Queda excluida del diagnóstico y sólo se indica cuando se requiera información complementaria (que no pueda aportar un TC multicorte) sobre la afectación de troncos arteriales principales, arterias coronarias o en caso de que se realice tratamiento endovascular.

Tabla 3. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en el Síndrome Aórtico agudo (SAA)

a. Indicaciones de tratamiento quirúrgico en la disección aórtica aguda tipo A (tipos I y II)

Recomendación	Clase I	II a	IIb	III	Evidencia
Cirugía urgente para evitar taponamiento/rotura de aorta	+				C
Tubo supracoronario si no hay datos de patología de la raíz ni de los velos	+				C
Injerto compuesto de tubo y válvula protésica si lesión de velos o anuloectasia aórtica	+				C
Cirugía de remodelado de la raíz de aorta con conservación valvular con velos enfermos		+			C
Cirugía de remodelado de la raíz de aorta con conservación velos en pacientes con S. Marfan		+			C

b. Indicaciones de tratamiento quirúrgico en el hematoma intramural (HIM) tipo A (tipos I y II)

	Recomendación	Clase I	IIa	Evidencia
HIM tipo A no complicado	Cirugía urgente		+	C
• Estabilidad clínica				
• Aorta ascendente < 5 cm	Cirugía diferida		+	C
• Ausencia derrame pericardico	Monitorización			
• Ausencia de sangrado periaórtico	Evolución con técnicas de imagen		+	C
• HIM asociado a UAP				
HIM tipo A complicado	Cirugía urgente		+	C

Tabla 3 (continuación)**c. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en la disección aórtica aguda/hematoma intramural tipo B (tipo III)**

Recomendación	Clase I	Ila	Ilb	III	Evidencia
Tratamiento médico	+				C
Tratamiento quirúrgico si <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia o recurrencia del dolor • Dilatación o expansión • Sangrado o ruptura inminente • Síndromes de mal - perfusión 	+				C
Tratamiento edovascular (fenestración o stent) si <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia o recurrencia del dolor • Dilatación o expansión • Sangrado o ruptura inminente • Síndromes de mal - perfusión 	+	+			C

d. Indicaciones de tratamiento quirúrgico/endovascular en la úlcera penetrante (UAP)

Recomendación	Clase II	Ila	Ilb	III	Evidencia
Tratamiento quirúrgico/endovascular si <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad hemodinámica • Persistencia o recurrencia del dolor • Pseudoaneurismas 	+				C
Tratamiento quirúrgico/endovascular si <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia síntomas • Estabilidad hemodinámica • No signos de progresión 				+	C

Adaptado de Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, Rakowski H, Struyven J, y cols. Diagnosis and management of Aortic Dissection. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Eur Heart J 2001; 22: 1642-1681. Nivel de evidencia C: consenso entre todos los miembros de Task Force on Aortic Dissection, ESC.

ABREVIATURAS

AAE	Aneurisma aórtico expansivo
AAS	Ácido acetilsalicílico
ACTP	Angioplastia coronaria transluminal percutánea. Actualmente se prefiere el término ICP (Intervencionismo Coronario Percutáneo)
AE	Atención Especializada
AOGR	Aortografía
AI/IAMNST	Angina inestable e infarto sin elevación del ST. Actualmente se prefiere el acrónimo SCASEST (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST)
AP	Atención Primaria
AVC	Accidente vascular cerebral
CPK MB	Isoenzima MB de la creatin-fosfo-kinasa
CV	Cardiovascular
DA	Disección aórtica
DCCU -AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
DEA	Desfibriladores externos automáticos
dP/dt	Derivada de presión intraventricular con respecto al tiempo. Parámetro de alta sensibilidad en la determinación de los cambios agudos de la contractilidad ventricular izquierda
DT	Dolor Torácico
ECG	Electrocardiograma
ETE	Ecocardiograma transesofágica
ETT	Ecocardiograma transtorácica
FC	Frecuencia cardíaca
GOT /AST	Transaminasa glutámico oxalacética/Aspartato aminotransferasa
GPC	Guías de práctica clínica
GPT /ALT	Transaminasa glutámico pirúvica. Alanina aminotransferasa
HIM	Hematoma aórtico intramural
HTA	Hipertensión arterial
HVI	Hipertrofia ventricular izquierda
IA	Insuficiencia aórtica
IAM	Infarto agudo de miocardio
IC	Insuficiencia cardíaca
IECAs	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
LDH	Lactatodeshidrogenasa
LF	Límite final del proceso
LM	Límite marginal del proceso
lpm	Latidos por minuto
NHAAP	National Heart Attack Alert Program
NTG	Nitroglicerina
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RM	Resonancia magnética

Rx	Radiografía
SAA	Síndrome aórtico agudo (disección aórtica, hematoma aórtico intramural, úlcera aórtica penetrante y aneurisma aórtico expansivo)
SCA	Síndrome coronario agudo
SCCUH	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
s.l.	Sublingual
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TA	Tensión arterial
TC	Tomografía axial computarizada
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TIM	Test de Isquemia miocárdica (mediante ergometría, ecocardiografía de estrés o gammagrafía de perfusión miocárdica)
UAP	Úlcera aórtica penetrante
UAU	Unidad de Atención al Usuario
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VI	Ventrículo izquierdo

1. Ahmad F, Chesshire N, Hamady M. Acute aortic syndrome: pathology and therapeutic strategies. *Postgrad Med* 2006;82:305-312.
2. American College of Radiology (ACR) Task Force on Appropriateness criteria: Expert Panel on Cardiovascular Imaging. ACR Appropriateness criteria for acute chest pain suspected aortic dissection. *Radiology* 2000; 215 (suppl): 1-5.
3. Chavanon O, Carrier M, Cartier R, Herbert Y, Pellerin M, Page P, et al. Increased incidence of acute ascending aortic dissection with offpump aortocoronary bypass surgery? *Ann Thorac Surg* 2001;71(1):117-21.
4. Czermak BV, Waldenberger P, Fraedrich G, Dessl AH, Roberts KE, Bale RJ, et al. Treatment of Stanford type B aortic dissection with stent-grafts: preliminary results. *Radiology*. 2000;217(4): 544-50.
5. Elefteriades JA, Lovoulos CJ, Coady MA, Tellides G, Kopf GS, Rizzo J. Management of descending aortic dissection. *Ann Thorac Surg*. 1999; 67(6): 2002-5.
6. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, Rakowski H, Struyven J, Radegran K, Sechtem U, Taylor J, Zollikofer C, Klein WW, Mulder B, Providencia LA; Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J* 2001 Sep;22(18):1642-81.
7. Evangelista A. Avances en el síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60: 428-439.
8. Evangelista A, Dominguez R, Sebastiá C, Salas A, Permanyer-Miralda G, Avegliano G, Gomez-Bosh Z, Gonzalez-Alujas T, Garcia del Castillo H, Soler-Soler J. Prognostic value of clinical and morfologic findings in short-term evolution of aortic intramural haematoma. Therapeutic implications. *Eur Heart J* 2004;25:81-87.
9. Evangelista A, Mukherjee D, Mehta RH, O'Gara P, Fattori R, Cooper JV, Smith DE, Oh JK, Hutchinson S, Sechtem Issebacher EM, Pape LA, Nienaber CA Eagle KA, and for the International Registry of Aortic Dissection Investigators. Acute intramural hematoma of the aorta. A mystery in evolution. *Circulation* 2005; 111: 1063-1070.
10. Evangelista A. Historia natural y tratamiento del síndrome aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57 (7): 667-679.
11. Hagan PG, Nienaber CA, Issebacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic.
12. Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283: 897-903.
13. Higgins CB. Modern Imaging of Acute aortic syndrome. *Am J Med* 2004;116: 134.
14. Issebacher EM, Eagle KA, Desanctis RW. Diseases of the Aorta. En: Braunwald E, editor. *Heart Disease*. 5ª ed. Philadelphia: Saunders; 1997 p. 1546-1581.

15. Januzzi JL, Isselbacher EM, Fattori R, Cooper JV, Cooper JV, Smith DE, Fang J, Eagle KA, Mehta RH, Nienaber CA, Pape LA International Registry of Aortic Dissection (IRAD). Characterizing the young patient with aortic dissection: results from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). *J Am Coll Cardiol* 2004; 43 (4): 665-669.
16. Januzzi JL, Marayati F, Mehta RH y cols. Comparison of aortic dissection in patients with and without Marfan syndrome (results from the International Registry of Aortic Dissection). *Am J Cardiol* 2004;94(3): 400-402.
17. Kawahito K, Adachi H, Yamaguchi A, Ino T. Early an late surgical outcomes of acute type A aortic dissection in patients aged 75 years an older. *Ann Thorac Surg* 2000;70(5):1455-9.
18. Kawaito K, Adachi H, Yamaguchi A, Ino T. Preoperative risk factors for hospital mortality in acute A aortic dissection. *Ann Thorac Surg* 2001;71 (4): 1239-43.
19. Manghat NE, Morgan-Hughes GJ, Roobottom CA. Multidetector row computed tomography. Imaging in acute aortic syndrome. *Clinical radiology* 2005;60:1256-1267.
20. Moore AG, Eagle KA, Bruckman D, y cols. Choice of computed tomography, transesophageal echocardiography, magnetic resonance imaging, and aortography in acute aortic dissection: International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Am J Cardiol* 2002;89:1235-8.
21. Mukherjee D, Eagle KA. Aortic dissection. An Update. *Curr Probl Cardiol* 2005;30:287-325.
22. Neri E, Toscano T, Papalia U, Frati G, Massetti M, Capannini G, et al. Proximal aortic dissection with coronary malperfusion: present management, and outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121(3): 552-60.
23. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management: Part I: from etiology to diagnostic strategies. *Circulation* 2003;108:628-35.
24. Nienaber CA, Eagle KA. Aortic dissection: new frontiers in diagnosis and management: Part II: therapeutic management and follow-up. *Circulation* 2003;108:772-8.
25. Scholl FG, Coady MA, Davies R, Rizzo JA, Hammond GL, Kopf GS, et al. Interval or permanent nonoperative management of acute type A dissection. *Arch Surg* 1999; 134(4): 402-6.
26. Sinatra R, Melina G, Pulitani I, Fiorani B, Ruvolo G, Marino B. Emergency operation for acute type A aortic dissection: neurologic complications and mortality. *Ann Thorac Surg* 2001;71(1):33-8.
27. Svensson LG, Labib SB, Eisenhauer AC, Butterly JR. Intimal tear without hematoma: an important variant of aortic dissection that can elude current imaging techniques. *Circulation* 1999 Mar 16;99(10):1331-6.
28. Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndrome. *Circulation* 2005; 112:3802-3813.

29. Vilacosta I. Síndrome Aórtico agudo. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56 (Supp 1): 29-39.
30. Von Kodolitsch Y, Nienaber CA, Dieckmann C, Schwartz AG, Hoffman T, Brekenfeld C, Nicolas V, Bergar T, Meinertz J. Chest radiography for the diagnosis of acute aortic syndrome. *Am J Med* 2004; 116:73-77
31. Von Kodolitsch Y, Schwartz AG, Nienaber CA. Clinical prediction of acute aortic dissection. *Arch Intern Med* 2000;23:160 (19):2977-82.
32. Zamorano JL, Mayordomo JA, Evangelista A, San Román JA, Buñuelos C, Gil M. Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en Enfermedades de la Aorta. En: Marín E, Rodríguez L, Bosch J, Iñiguez A, editores. GPC de la SEC. Madrid: SEC; 2000. p.433-43.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN EL SUBPROCESO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO POTENCIALMENTE GRAVE (además de la referida en el Proceso de Dolor Torácico no filiado)

1. Aldasoro, Elena; Calvo, Montse; Esnaola, Santiago; Hurtado de Saracho, Iraida; Alonso, Eva; Audicana, Covadonga; Arós, Fernando; Lekuona, Iñaki; Arteagoitia, José M; Basterretxea, Mikel; Marrugat, Jaime. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clínica* 2007;128:81-85.
2. Ariza Olarte, Claudia. Atención de enfermería al paciente con infarto agudo de miocardio en la fase aguda. *Rev Enferm Cardiol* 2001;8:33-40.
3. Azaldegui Berroeta, F. Manejo extrahospitalario del dolor torácico no traumático. *Sal Rural* 2004;21:17-38.
4. García Mora, Sandra Isabel. Enfermería ante el dolor torácico de origen cardiológico en una unidad de hospitalización. *Rev Enferm Cardiol* 2005;12:45-49.
5. Goldich, Guy. Infarto de miocardio: los nuevos protocolos *Nursing* 2006;9:30-33.
6. Gregoire J. Evaluating thoracic pain in triage. *Perspect Infirm.* 2006; 3:33-6.
7. Jenifer M; Miracle V. Utilización del ECG para detectar el infarto de miocardio. *Nursing* 2000;18(1):17-22.
8. López de la Iglesia, J; Martínez Ramos, E; Pardo Franco, L; Escudero Álvarez, S; Cañón de la Parra, RI; Costas Mira, MT. Encuesta a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre el modo de actuación ante los distintos síntomas de alarma. *Aten Primaria* 2003; 31:239-247.
9. Martín-Rabadán, M. No informamos a los pacientes con cardiopatía isquémica sobre 'cómo actuar' al reaparecer el dolor torácico. *GCS* 2003; 5(4):143.
10. McCloskey, DJ; Bulechek, TG; editoras. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Mosby; 2005.
11. Moorhead, S; Jhonson, M; Maas, M; editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Mosby; 2005.
12. NANDA. Nanda Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2007.
13. Nolan, J; Greenwood, J; Mackintosh, A. Atención Urgente y primeros cuidados al paciente con infarto agudo de miocardio. *Salud Rural*,1999; 16:69-72.
14. Portuondo Maseda, MT; Marugán Torres, P; Cabrero Fernández, F; Morales Durán, M; Maroto Montero, JM; Muriel, A. Sobrepeso y deshabituación tabáquica. *Rev Enferm Cardiol* 2006; 13:41-43.
15. Silva Paiva , G da; Oliveira Lopes, MV. Respuestas humanas identificadas en pacientes con infarto agudo del miocardio ingresados en una unidad de terapia intensiva. *Rev Enferm Cardiol* 2005; 12:22-27.