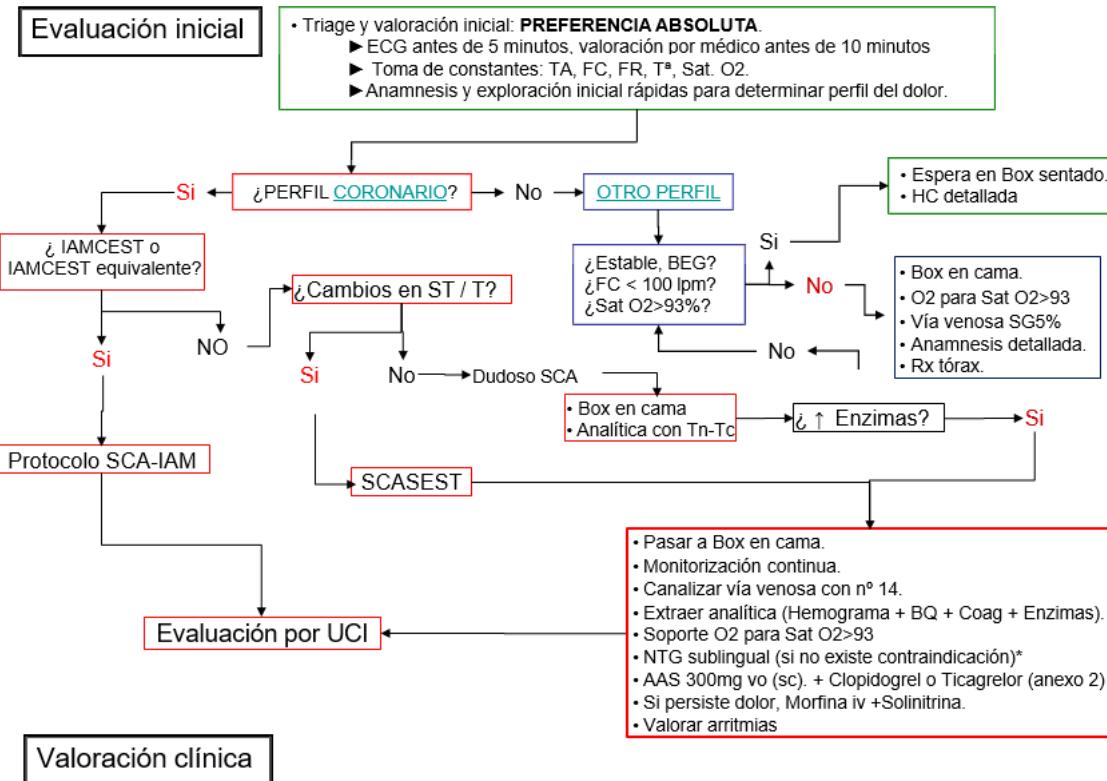


Guía Clínica Dolor Torácico

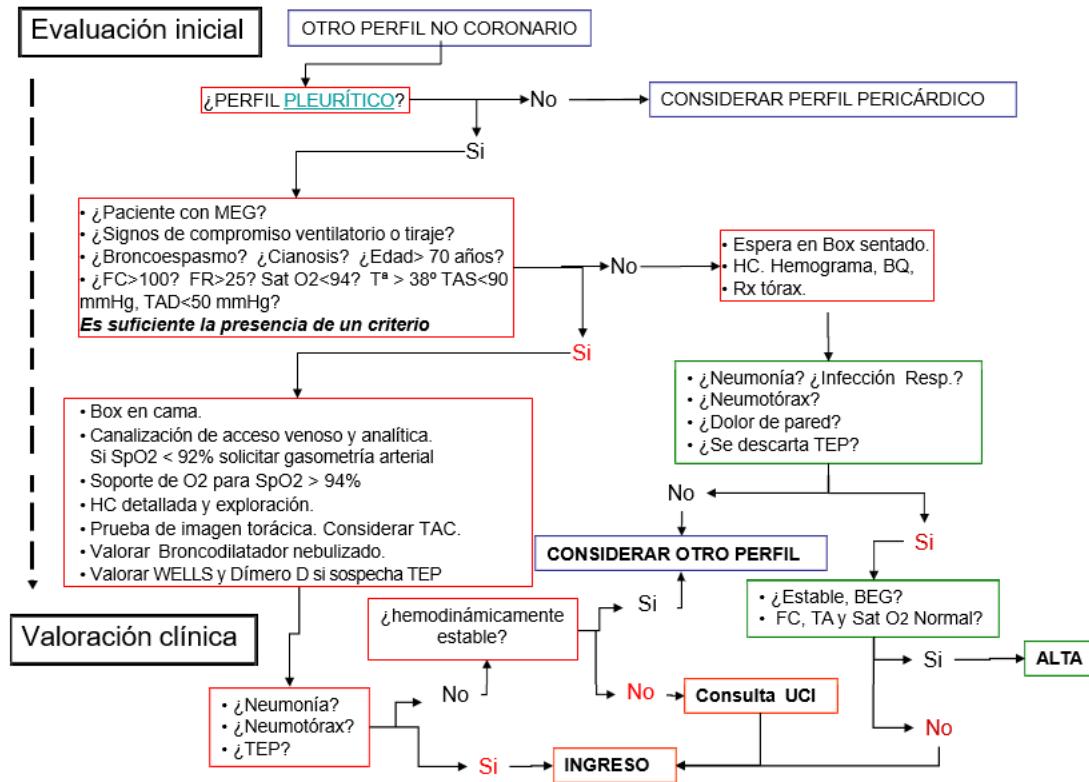
OBJETO: Establecer las actuaciones a seguir ante pacientes que acuden a Urgencias con síntomas de dolor torácico.

ALCANCE: Pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias de HM Hospitales con síntomas de dolor torácico.

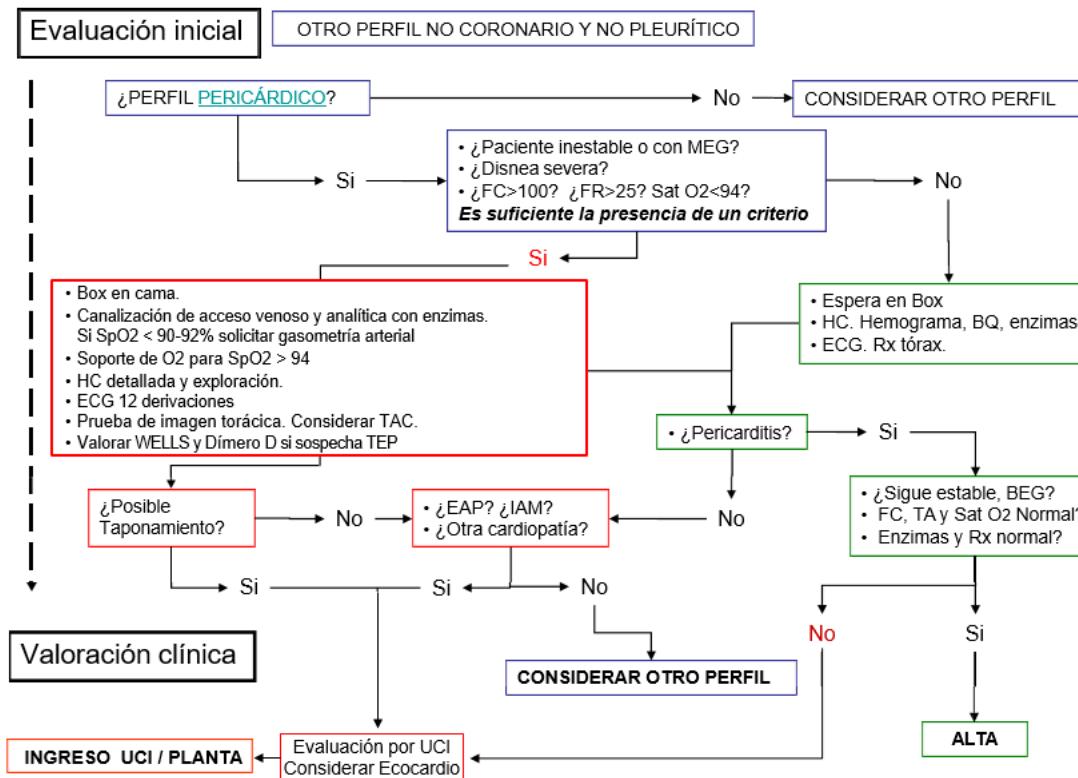
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



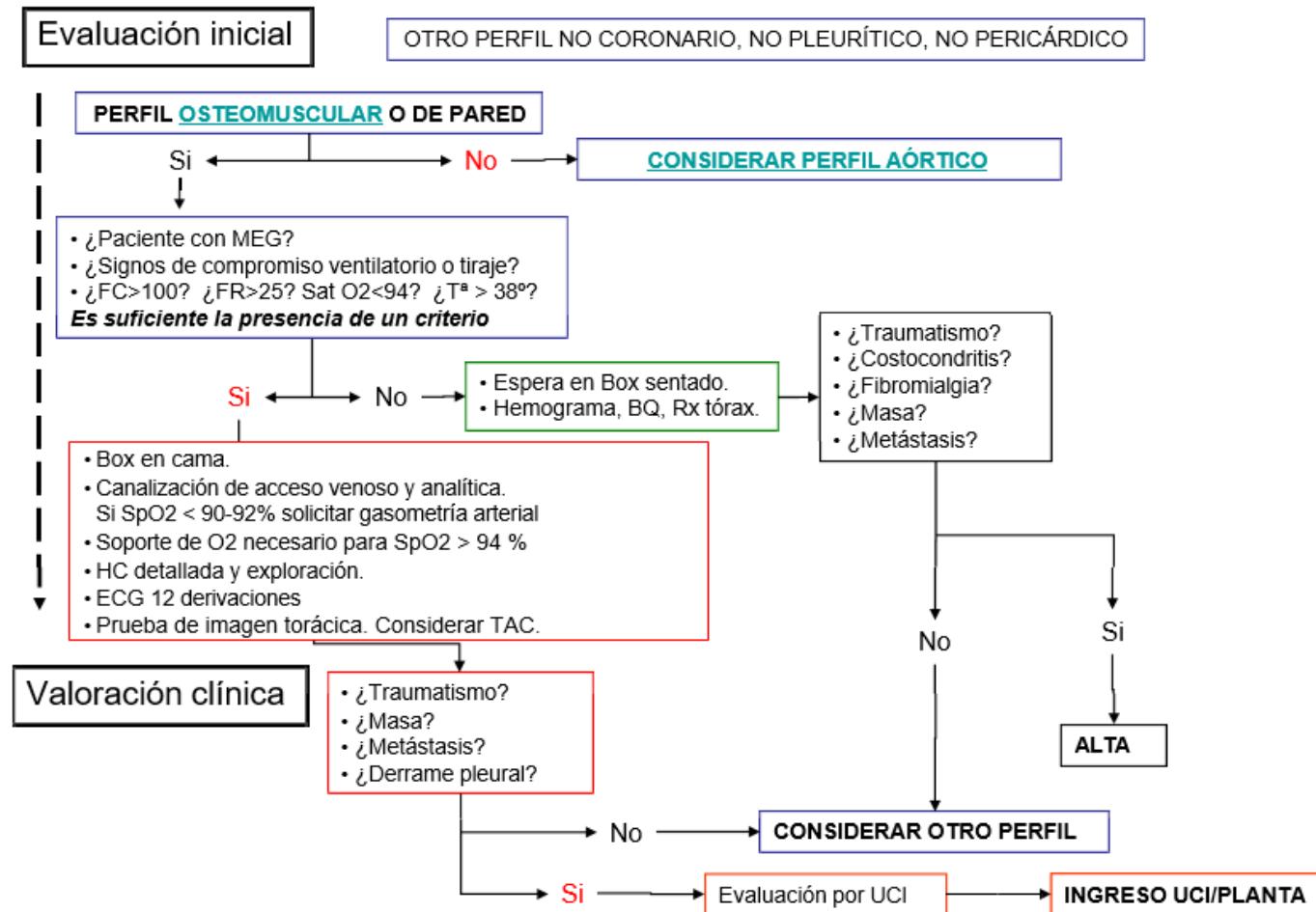
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



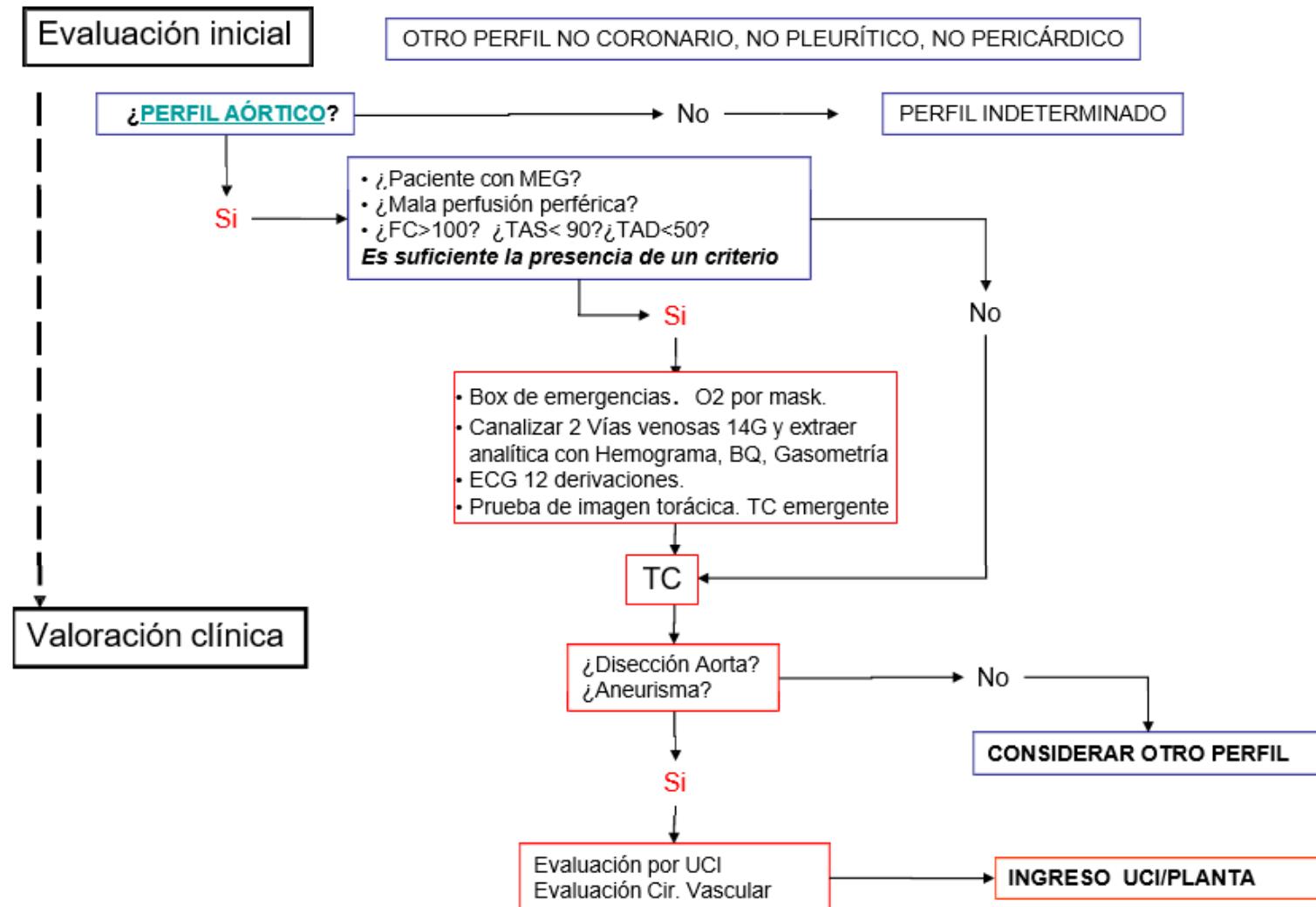
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



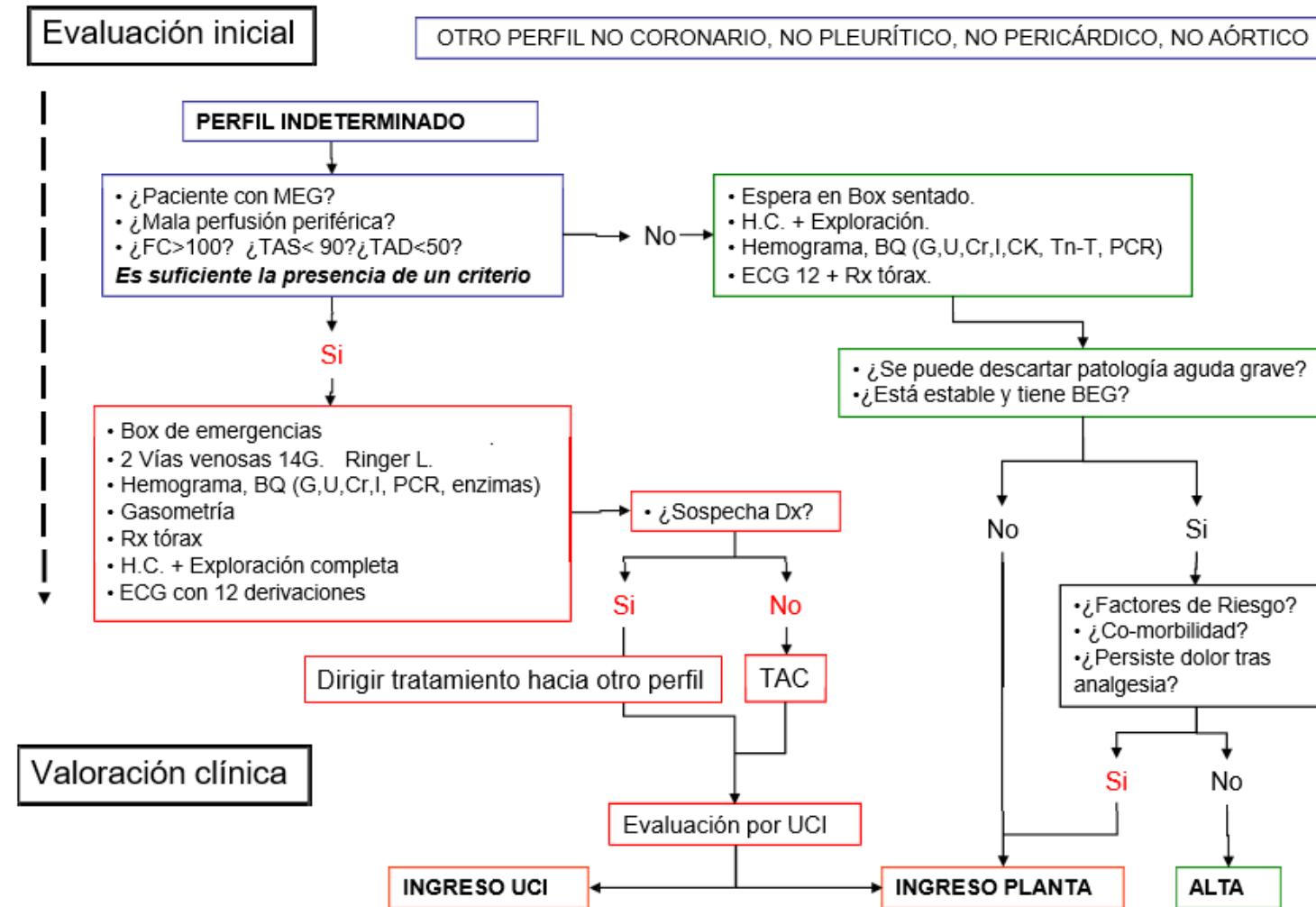
PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

PERFILES DE DOLOR TORÁCICO

PERFIL CORONARIO:

Dolor opresivo retroesternal, localización amplia; irradiado (o no) a hombro izq., brazo izq., cuello hasta mandíbula; de minutos/horas de duración; inicio brusco, a menudo con esfuerzo; alivia en reposo o con NTG.

PERFIL PLEURÍTICO:

Dolor punzante, en costado, torso o apex, localización difusa; de horas/días de duración; inicio brusco o progresivo; irradiado (o no) a espalda o cuello; aumenta con tos e inspiración;

PERFIL PERICÁRDICO:

Dolor punzante, retroesternal o hemitórax izq., a punta de dedo; de horas/días de duración; inicio brusco o progresivo; habitualmente no irradiado; aumenta con tos e inspiración;
Puede asociarse a palpitaciones.

PERFIL OSTEOMUSCULAR O DE PARED:

Dolor insidioso, costal o esternal, unilateral, a punta de dedo; de días de duración; inicio generalmente progresivo; habitualmente no irradiado; aumenta con tos e inspiración;
Aumenta o se provoca con la palpación.

PERFIL AÓRTICO:

Dolor retroesternal intensísimo, localización amplia; irradiado a espalda o escápula, de minutos/horas de duración; inicio brusco, no alivia en reposo o con NTG,
Puede haber disnea, shock, síncope, mareos, clínica neurológica.

PERFIL INDETERMINADO:

Dolor no clasificable en ninguno de los anteriores, mixto o no valorable. Incluye el dolor sicógeno, el neuropático y otros difícilmente sistematizables.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Equivalentes IAMCEST

IAM posterior	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descenso horizontal del segmento ST en V₁-V₃ • Onda R dominante (relación R/S >1) en V₂ • Ondas T verticales en derivaciones anteriores • Onda R prominente y ancha (>30 ms) <p>Confirmado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación del segmento ST de ≤0,5 mm en al menos 1 de las derivaciones V7-V9
Bloqueo de rama izquierda o ritmo ventricular estimulado con Criterios de Sgarbossa	<p>Se requiere una puntuación total ≥3 puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación del segmento ST concordante ≥1 mm en derivaciones con complejo QRS positivo (5 puntos) • Descenso del segmento ST concordante ≥1 mm en las derivaciones V1-V3 (3 puntos) • Elevación discordante del segmento ST ≥ 5 mm en derivaciones con complejo QRS negativo (2 puntos) <p>Si hay una elevación discordante del segmento ST ≥5 mm, considere una relación ST/S < 0,25</p>
Bloqueo de rama izquierda o ritmo ventricular estimulado con Criterios de Sgarbossa modificados por Smith	<p>Positivo si alguno de los siguientes está presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación concordante del segmento ST de 1 mm en derivaciones con complejo QRS positivo • Descenso del segmento ST concordante de 1 mm en V1-V3 • La elevación del segmento ST en el punto J, en relación con el inicio del QRS, es de al menos 1 mm y tiene un amplitud de al menos el 25% de la onda S precedente
Ondas T de Winter	<ul style="list-style-type: none"> • Ondas T altas, prominentes y simétricas que surgen de una depresión ascendente del segmento ST >1 mm en el Punto J en las derivaciones precordiales • Puede verse una elevación del segmento ST de 0,5-1 mm en la derivación aVR
Ondas T hiperagudas	<p>Las ondas T anchas, asimétricas y puntiagudas se pueden ver temprano en IAMCEST</p> <p>Los ECG en serie en intervalos muy cortos son útiles para evaluar la progresión a IAMCEST</p>

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Hallazgos ECG compatibles con isquemia miocárdica aguda/subaguda	
Elevación del segmento ST en aVR	La mayoría de las veces es causada por isquemia subendocárdica difusa y generalmente ocurre en el contexto de una arteria coronaria principal izquierda significativa o enfermedad de la arteria coronaria de múltiples vasos. <ul style="list-style-type: none">• Elevación del segmento ST en aVR ≥ 1 mm• Descenso del segmento ST de múltiples derivaciones en las derivaciones I, II, aVL y/o V₄-V₆• Ausencia de elevación del segmento ST contiguo en otras derivaciones
Depresión del segmento ST	La depresión del segmento ST horizontal o descendente $\leq 0,5$ mm en el punto J en 2 o más derivaciones contiguas es sugestivo de isquemia miocárdica
Síndrome de Wellen	Síndrome clínico caracterizado por: <ul style="list-style-type: none">• Ondas T bifásicas o profundamente invertidas y simétricas en las derivaciones V₂ y V₃ (puede extenderse a V₆)• Angina reciente• Ausencia de ondas Q
Ondas T invertidas	Puede verse en isquemia (subaguda) o infarto (puede ser fijo y asociado con ondas Q) en derivaciones continuas

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Pauta para la perfusión iv de Nitroglicerina

- **Principio activo:** Nitroglicerina (nitrato de acción vasodilatadora).
- **Marca comercial:** Solinitrina®.
- **Indicación:** alivio del dolor en la crisis coronaria; dudoso aumento del flujo coronario.
- **Presentación:** ampollas de 5 mg en 5 ml (1 mg/ml)y de 50 mg en 10 ml (5 mg/ml).
- **Dosis:** 5-100 mcg/minuto en perfusión. Comenzar con 10 mcg/min e ir subiendo la dosis hasta controlar el dolor.
- **Inicio de la acción:** 2-5 minutos.
- **Duración de la acción:** 5-10 minutos.

- **Preparación:** diluir una ampolla de 50 mg en 490 ml de SG 5%; se obtiene una concentración de 0,1 mg por mililitro. Debe usarse frasco de cristal.
- **Administración:** perfundir con bomba a ritmo inicial de 6 ml/hora.
Ajustar la dosis según la respuesta.

- **Efectos secundarios:** cefalea, hipotensión, taquicardia, náuseas y vómitos.
- **Contraindicaciones:** hipotensión, shock cardiogénico, taponamiento cardiaco, bradicardia.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Escala TIMI de estimación del riesgo en SCA

1. Edad > 65 años.
2. 3 factores de riesgo CV
3. Diabetes Mellitus conocida
4. Enfermedad coronaria documentada
5. Descenso del ST en el ECG
6. Episodio de Angina reciente (< 24 horas)
7. Uso de AAS en los últimos 7 días
8. Marcadores bioquímicos negativos

Asignar un punto por cada ítem

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

ESCALAS DE VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA

ESCALA CURB65				
PARÁMETROS	Punto s	Score	Tto.	Mortalidad
Confusión	1	0	Ambulatorio	0,10%
Urea elevada	1	1	Ambulatorio	2,10%
F. Resp. > 30 rpm	1	2	UCE-PH	9,20%
Blood TAS<90 mmHg	1	3	PH-UCI	14,50%
Edad>65 años	1	4-5	UCI-PH	>40%

SMARTCOP	
PARÁMETROS	PUNTOS
TAS < 90 mmHg	2
Multilobar (Rx)	1
Albúmina baja	1
F. Resp > 29 rpm	2
Taquicardia >100	1
Confusión	1
Sat O ₂ < 92% ó pO ₂ < 68 mmHg	2
pH < 7,32	2

> 3 puntos: Ingreso en UCI

Mortalidad en el primer mes: 5,7%

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

ESCALAS DE VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA

PSI (PNEUMONIA SEVERITY INDEX)

ESCALA DE FINE

PARÁMETROS INICIALES	
Edad > 50	No Si
Neoplasia	No Si
Hepatopatía	No Si
Ins. Cardiaca	No Si
ACV	No Si
Nefropatía	No Si
Confusión	No Si
TAS < 90 mmHg	No Si
FC > 124 lpm	No Si
Fresp > 29 rpm	No Si
T° > 40° ó < 35°	No Si

Si todos son NO ↓
Grupo I

Si hay algún SI →

PARAMETROS POSTERIORES		PUNTOS
Edad	Hombre	nº años
	Mujer	años - 10
Procedente de Residencia		10
Neoplasia		+ 30
Hepatopatía		+ 20
Ins. Cardiaca		+ 10
ACV		+ 10
Nefropatía		+ 10
Alt. Nivel de conciencia		+ 20
TAS < 90 mmHg		+ 20
FC > 124 lpm		+ 10
Fresp > 29 rpm		+ 20
T° > 40° ó < 35°		+ 15
pH arterial		+ 30
pO2 < 60 mmHg ó Sat O2 < 90%		+ 10
Urea > 64 ó Creat. > 1,5 mg/dl		+ 20
Na < 130 mEq/l		+ 20
Glucemia > 250 mg/dl		+ 10
Hematocrito < 30%		+ 10
Derrame pleural		+ 10

CLASIFICACIÓN PSI

PUNTOS	GRUPO	MORTALIDAD	DESTINO TTO.
0 - 50	I	0,10%	Domicilio
51 - 70	II	0,60%	Dom./Obs.
71 - 90	III	2,80%	Ingreso UCE/Planta
91 - 130	IV	8,20%	Ingreso planta
> 131	V	28,20%	Planta/UCI

Indicador pronóstico al alta en Neumonía.

CRITERIO	VALOR	PUNTOS
T°	>37,5°	2
TAS	90 mmHg	1
TAD	<60 mmHg	1
Fresp	> 24 rpm	1
Sat O2	< 90%	1

?2: alto riesgo de muerte en los 30 días siguientes

ANEXO

PAUTA PARA EL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE (ver protocolo de SCA – IAM)

- PRINCIPIOS ACTIVOS:

- ÁCIDO ACETIL-SALICÍLICO (AAS): 150-300 mg/24 h.
- CLOPIDOGREL (Plavix™): dosis de carga inicial 600 mg vo, monodosis. Pauta de 75 mg/día vo.
- TICAGRELOR (Brilique™): dosis de carga inicial 180 mg (2 comp.) vo. Pauta 90 mg/día vo

- ANTIAGREGAR SIEMPRE QUE NO HAYA CONTRAINDICACIÓN:

- IAM (SCACEST – SCASEST)
 - PACIENTE EN TRATAMIENTO ACO: CLOPIDOGREL (dosis de carga 600 mg; pauta 75 mg/24h)
 - PACIENTE NO ANTICOAGULADO: DOBLE ANTIAGREGACIÓN (AAS + TICAGRELOR)
- ANGOR INESTABLE
 - PACIENTE NO ANTIAGREGADO: AAS (CLOPIDOGREL SI ALERGIA)
 - PACIENTE YA ANTIAGREGADO: AÑADIR 2º AG
 - PACIENTE CON TTO. ACO: AÑADIR CLOPIDOGREL.