

# **PROTOCOL DE MANEIG DEL DOLOR TORÀCIC A URGÈNCIES**

## **CONDUCTA DAVANT LA SÍNDROME CORONARIA AGUDA**

El maneig del dolor toràcic a urgències requereix de l'existència d'un protocol de triatge preestablert, així com de la capacitat del servei per assolir els "benchmark" de temps acceptats com a estàndards internacionals. En aquest sentit, hem establert un Protocol de maneig del dolor toràcic a Urgències, juntament amb una Guia d'actuació davant la sospita de Síndrome Coronaria Aguda (SCA).

### ***PROTOCOL DE TRIATGE DEL DOLOR TORÀCIC AGUT***

En el plantejament del triatge, s'ha d'establir el diagnòstic diferencial del dolor toràcic perllongat:

- ❖ Síndrome coronaria aguda.
- ❖ Dissecció aòrtica.
- ❖ Dolor anginos atípic associat a miocardiopatia hipertròfica.
- ❖ Malalties esofàgiques, de tracte gastrointestinal alt o biliars.
- ❖ Malalties pulmonars: Pneumotòrax, TEP, Pleuritis.
- ❖ Síndrome d'hiperventilació.
- ❖ Dolor de paret toràcica: Esquelètic, neuropàtic.
- ❖ Psicogen.

En base a l'Escala de Triage Canadenca s'estableix una categorització del dolor toràcic en Nivells que condicionarà la nostra conducta immediata:

- ***Dolor toràcic traumàtic:*** Aplicar protocol de triatge del pacient traumàtic i protocol de traumatisme toràcic.

- ***Dolor toràctic visceral no traumàtic:***

Pacients amb dolor toràctic sense antecedent traumàtic o aquells en que el traumatisme no justifica el dolor. El motiu de consulta pot ser:

- Dolor opressiu, sensació de pressió o pes, amb irradiació a mandíbula o coll, braç o braços, espatlles, esquena o epigastri.
- Malestar epigastric maldefinit o cremor precordial; nàusees i/o vòmits associats a disconfort toràctic.
- Dificultat respiratòria persistent.
- Cansament maldefinit, sensació de col·lapse (mareig), inestabilitat cefàlica o perduda de coneixement.
- Dolor toràctic que millora amb nitroglicerina.

Serà altament suggestiu de cardiopatia isquèmica aguda el pacient que es presenti amb:

- Dolor toràctic o epigastric sever, no traumàtic, amb components típics isquèmica miocàrdica o IAM (compressió toràctica central/subesternal o sensació d'aplastament toràctic, pressió o opressió, pes, cremor, mossegada toràctica o rampa. Malestar digestiu inespecífic, amb rots, dolor epigastric. Dolor irradiat al coll, mandíbula, espatlles, esquena o un o dos braços), amb:
  - Dispnea associada.
  - Nàusees i/o vòmits associats.
  - Sudoració associada.

Consideracions especials:

1. Les dones es presenten amb mes freqüència que els homes amb dolors toràctics atípics (es considera dolor toràctic atípic aquell que si

be no te clares característiques isquémiques, des d'un punt de vista clínic no es pot descartar que ho sigui).

2. Els pacients diabètics poden tenir presentacions atípiques per disfunció dels sistema nerviós autònom.
3. Els pacients grans poden tenir símptomes atípics com cansament generalitzat, síncope, pèrdua de força (AVC) o canvis en l'estat mental.

- ***Dolor toràcic pleurític no traumàtic:***

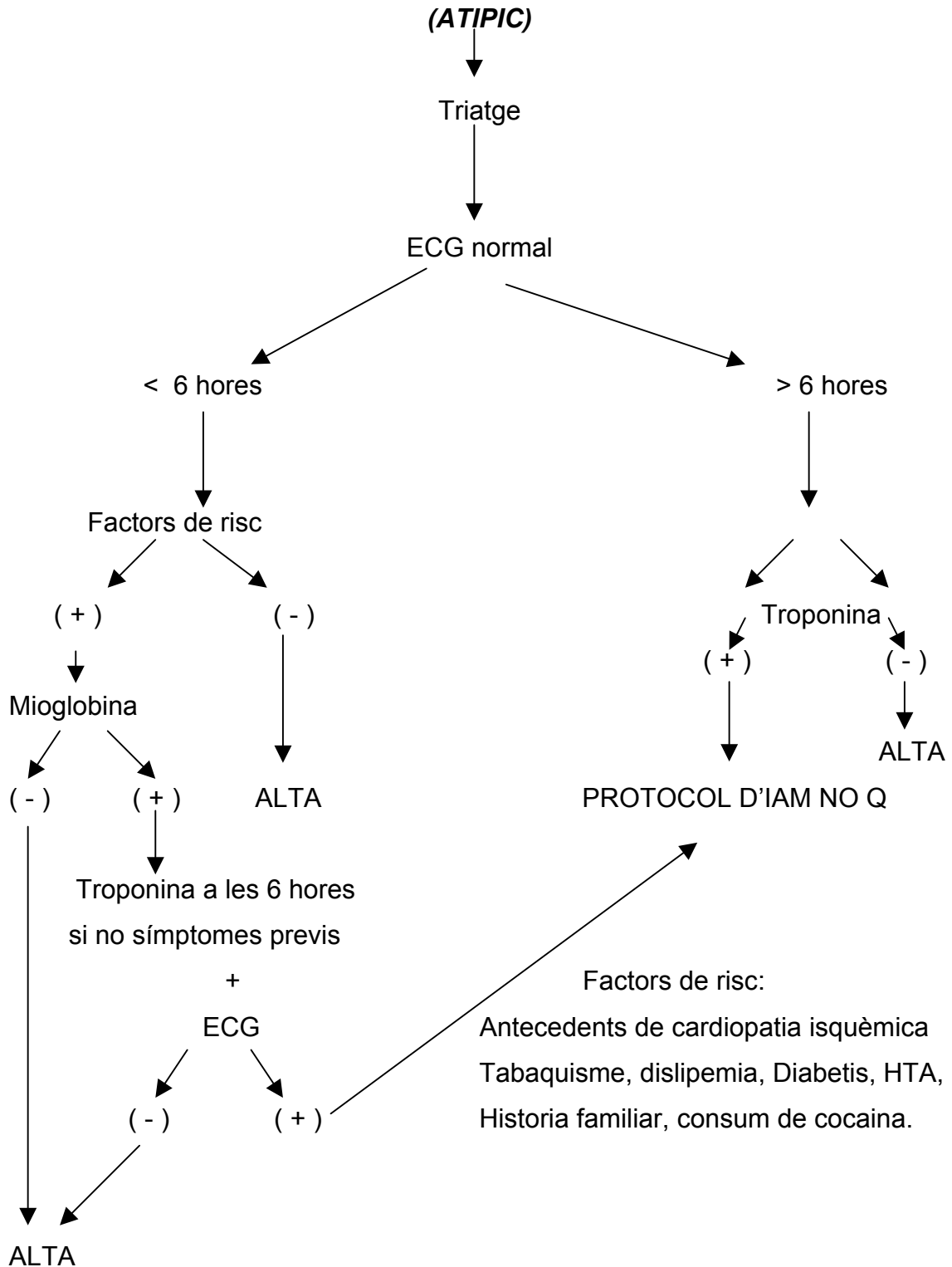
Dolor en punta de costat o precordial, que augmenta amb la inspiració i amb la tos. Ocasionalment pot augmentar amb la compressió toràcica, però amb menys intensitat que amb els moviments respiratoris de provocació. Es pot associar a dispnea, febre, diaforesis, inestabilitat cefàlica o pèrdua de coneixement.

- Nivell II: Els pacients categoritzats a aquest nivell entraran immediatament a un Box de l'Àrea de tractament a on una infermera d'aquesta àrea realitzarà, també de forma immediata, l'atenció d'infermeria inicial (All), que inclou un ECG amb monitorització (ECG, signes vitals-SpO2), extracció de sang per laboratori, col·locació de via venosa i oxigenoteràpia. Disposem de 10 minuts per la realització completa de l'All. El temps per l'avaluació mèdica des del moment del triatge, en aquest tipus de pacients, s'estableix en un màxim de 15 minuts. Es valorarà la necessitat d'administrar analgèsia.
- Nivell III: Als pacients categoritzats a aquest nivell se'ls hi practicarà ECG de 12 derivacions de forma immediata i es demanarà RX de tòrax. En cas d'alteració a l'ECG, el pacient serà avaluat immediatament pel metge, amb les següents possibilitats:
  - Canvi a nivell II: Aplicar protocol corresponent.

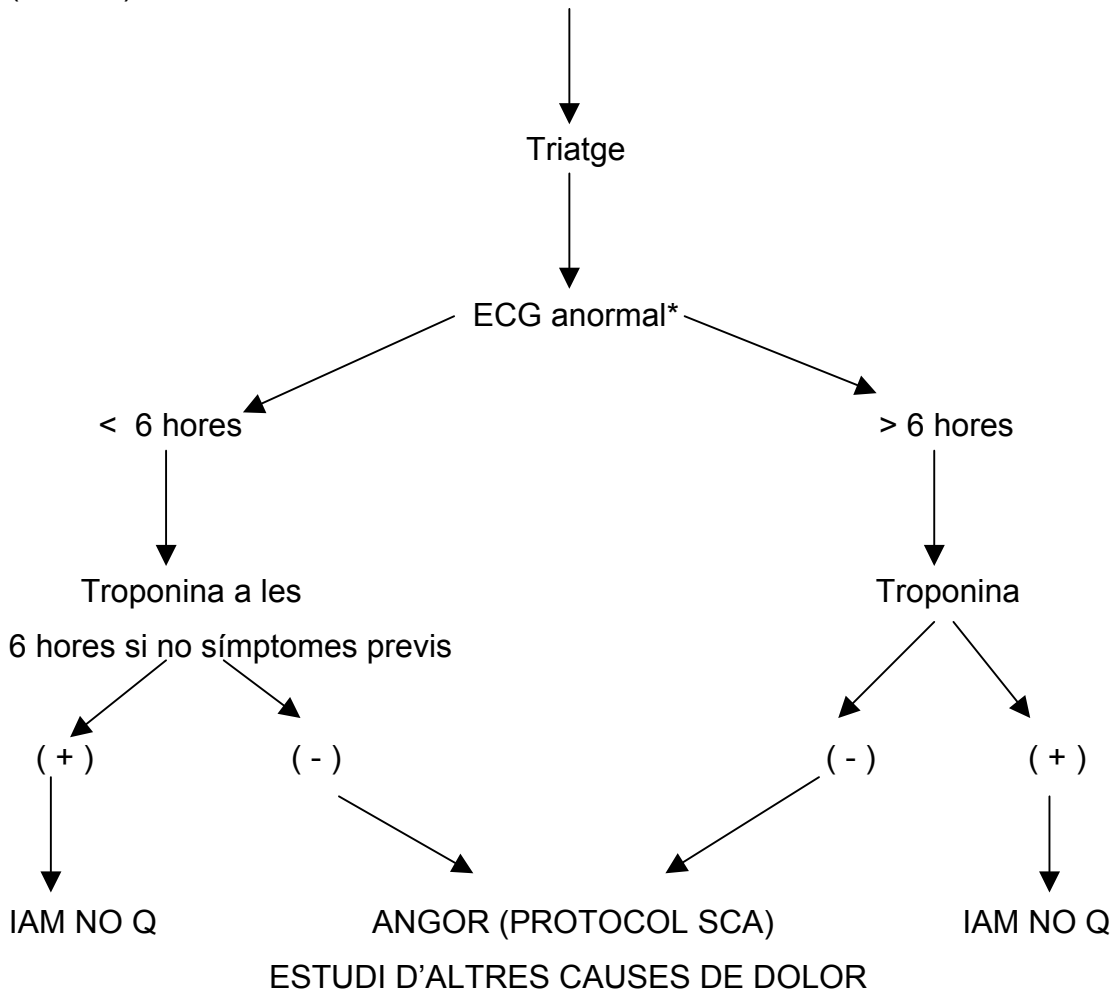
- Manteniment a nivell III: Es demanarà analítica, esperant proves complementaries i es pautarà tractament analgèsic si el dolor es  $\geq$  a 4/10. Es disposa de 30 minuts per l'avaluació mèdica definitiva.
- Nivells IV: Es procedirà a realitzar ECG i Rx torax, amb analgesia segons criteri mèdic, en un període de temps màxim establert per l'Escaia.

## CONDUCTA A SEGUIR DAVANT DEL DOLOR TORÀCIC A URGÈNCIES

*Dolor toràcic no traumàtic, no visceral, no pleurític, no clarament mecànic*



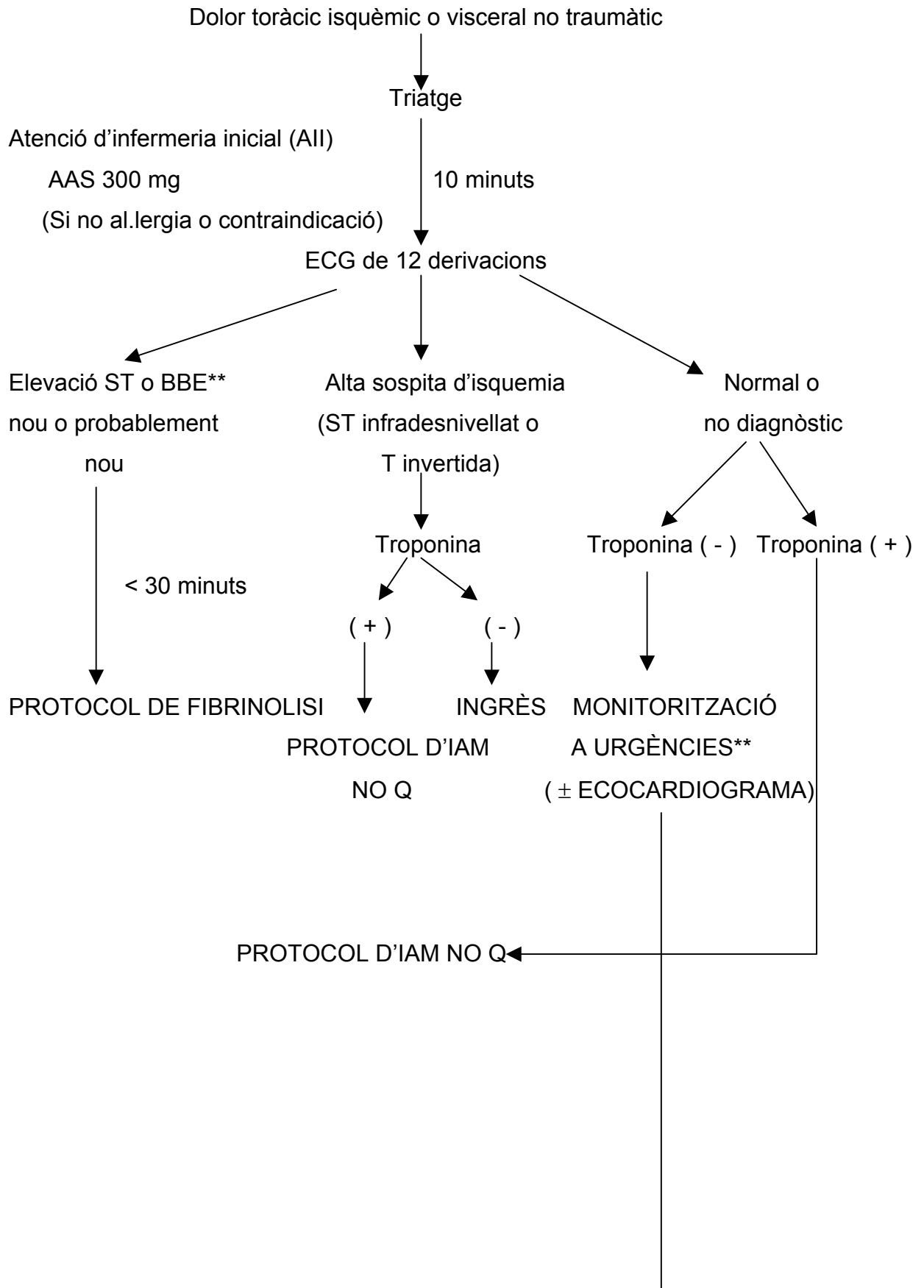
Dolor toràctic no traumàtic, no visceral, no pleurític, no clarament mecànic (ATIPIC)

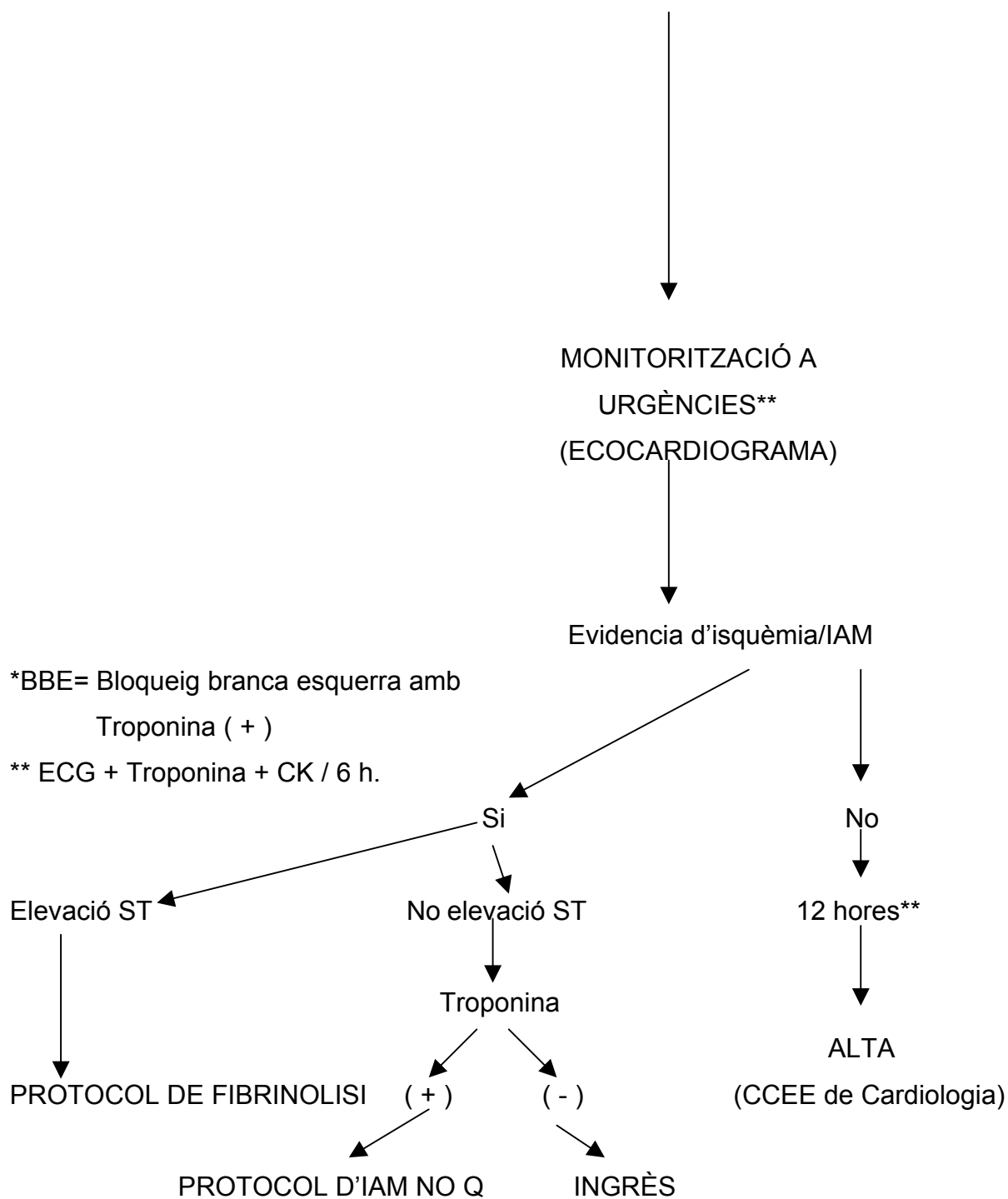


\*Es considera ECG anormal:

1. ECG amb signes d'isquèmia (inversió de T o infradesnivell ST)
2. Canvis de l'ST o ona T no suggestius d'isquèmia.

## CONDUCTA A SEGUIR DAVANT LA SINDROME CORONARIA AGUDA





## **PROTOCOL D'ATENCIÓ URGENT AL PACIENT AMB SOSPITA DE SÍNDROME CORONARIA AGUDA (SCA)**

El diagnòstic de SCA es basa en la sospita clínica, les dades electrocardiogràfiques i la determinació analítica de marcadors bioquímics.

En funció de l'ECG, la SCA es classifica en:

- SCA amb elevació de ST:
  - IAM
- SCA sense elevació de ST:
  - IAM no Q
  - Angor inestable

La diferenciació entre IAM no Q i angor inestable es basa en la positivitat dels marcadors bioquímics (Troponines).

Des d'un punt de vista clínic, els marcadors bioquímics es classifiquen en:

- Marcadors precoços i inespecífics: (Mioglobina): Útil en el triatge del dolor toràctic (en pacients que es presenten les primeres 2-3 hores) i com a marcador de reperfussió post fibrinolítica. Es comença a aixecar a les 1-4 hores, te el pic a les 6 hores i desapareix a les 24 hores.
- Marcadors tardans i específics (Troponina T i Troponina I): Útils per confirmar diagnòstic d'IAM sense elevació de ST, en casos de diagnòstic no clar, per distingir IAM no Q, d'angor inestable, per determinar el tamany de l'IAM i el pronòstic. No son útils en el diagnòstic del re-infart (s'aconsella CK o CKMB en les primeres 12-24 hores de l'ingrés). Si es detecten Troponines abans de les primeres 6 hores de l'infart es que l'angor previ era un IAM i s'estan produint fenòmens d'oclusió- reperfussió.

Al nostre centre disposem de Mioglobina, Troponina I i CK com a marcadors bioquímics de SCA.

Troponina (+)  $\geq 1$

Troponina (-)  $< 0.06$

Si Troponina  $\geq 0.06$  i  $< 1$  : Repetir en 2 hores

Pel correcte maneig inicial de la SCA al Servei d'Urgències, es fonamental l'actuació coordinada de l'infermera de triatge, l'infermera de l'àrea de tractament que realitza l'All i del metge, donat que en un termini no superior a 15 minuts, el pacient ha d'estar orientat i s'ha d'haver historiat i monitoritzat, s'han d'haver cursat les peticions d'analítica segons perfil de SCA i iniciat el tractament, col·locat una via venosa i administrat els primers tractaments:

1. O2 en ulleres nasals
2. AAS 300 mg si no hi ha contraindicació o hipersensibilitat.
3. Analgesia amb Clorur Morfic o meperidina:
4. Tractament anti-isquèmic:
  - ❖ Nitroglicerina sublingual o EV
  - ❖ Beta bloquejants
  - ❖ IECAs
  - ❖ Antagonistes del Calci
5. Plantejar tractament Fibrinolític si està indicat (PROTOCOL DE FIBRINOLOSI: Porta-agulla  $< 30$  minuts).
6. Plantejar anticoagulació (Heparina no fraccionada o HBPM) o inhibidors GpIIb/IIIa (PROTOCOL D'ANGOR INESTABLE O D'IAM NO Q).

## **INGRÈS A UCI O A PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ**

1. Monitorització a planta.
2. Tractament.
3. Sol·licitar analítica amb hemograma, perfil lipídic i ionograma.

