



PROCESO DOLOR TORÁCICO SUGESTIVO DE SCA

SUBPROCESO ATENCIÓN PRIMARIA

Septiembre 2006

Proceso dolor torácico sugestivo de S.C.A. en Atención Primaria ²

Puertas de entrada en Atención Primaria:

- 1) –Atención Primaria:
 - (a)-Domicilio.
 - (b)-Consulta de Atención Primaria.
 - (c)-Urgencias de Atención Primaria.

Tabla de evidencias:

Clasificación de las recomendaciones:

- Grado I: Evidencia de que un procedimiento o tratamiento es claramente beneficioso.
- Grado II-a: Claramente establecida la eficacia por la evidencia.
- Grado II-b: Menos claramente establecida la eficacia por la evidencia.
- Grado III: Existe evidencia o general acuerdo en que un procedimiento o tratamiento no es efectivo e incluso puede ser perjudicial.

Nivel de evidencia:

- A: Datos obtenidos de múltiples ensayos clínicos controlados aleatorizados o metaanálisis.
- B: Datos obtenidos de un único ensayo clínico aleatorizado o estudios no aleatorizados.
- C: Consenso de expertos, estudios descriptivos.

Características de calidad:

Puerta de entrada 1(a): Aviso domiciliario en AP

Profesional	Actividad	Características de calidad
Auxiliar administrativo 1(a)	<ul style="list-style-type: none">-Recepción de la llamada.-Registro de los datos de filiación.-Activación del médico de guardia.	<ul style="list-style-type: none">-En la recepción de la llamada:<ul style="list-style-type: none">• Se deben establecer mecanismos que permitan el contacto telefónico con el Centro de Salud de forma ágil.• Valorar teléfono específico de urgencias, call center, etc.-El registro de datos de filiación / administrativos de los pacientes:<ul style="list-style-type: none">• Correctamente identificados.• Sin errores.• Si es posible, registro informatizado.-Organigramas claros en que se determine qué médico valora clínicamente el aviso domiciliario urgente en los diferentes tramos horarios.-Conocimiento y utilización de estos organigramas por el personal de admisión.
Médico AP 2(a)	<ul style="list-style-type: none">-Valoración de los datos de la demanda.-Activación del 061.-Activación de enfermería.	<ul style="list-style-type: none">-Para la activación del 061, el médico contará con apoyo del personal del equipo.

<p>Médico AP</p> <p>2(a)</p>	<p>-Acudir al domicilio de forma urgente.</p>	<p>-En la salida al domicilio se debe aportar maletín de urgencias con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicación básica de urgencias: <ul style="list-style-type: none"> • Cafinitrina. • AAS. • Morfina, etc. 2. Aparataje diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscopio. • Esfingomanómetro. 3. Instrumental de reanimación cardiopulmonar básica: <ul style="list-style-type: none"> • Ambú. • Mascarilla. • Guedel. • Desfibrilador portatil.
<p>Enfermero/a:</p> <p>3(a)</p>	<p>-Acudir al domicilio de forma urgente.</p> <p>-Diagnóstico de enfermería</p> <p>-Inicio del plan de cuidados estándar del paciente con dolor torácico, en Atención Primaria.</p>	<p>-En la salida al domicilio se debe aportar maletín de urgencias con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material para canalización de vía. • Goteros de mantenimiento. • Medicación i.v. • Fonendoscopio. • Esfingomanómetro. <p>Supone valorar el listado de problemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Complicaciones potenciales: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia. • Parada cardiorrespiratoria. • Alteraciones hemodinámicas. • Alteraciones del ritmo cardiaco. • Dolor. 2. Problemas de autonomía: <ul style="list-style-type: none"> • Reposo en cama. <p>-Las intervenciones deben abarcar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control del miedo (1404) 27. 2. Constantes vitales. 3. ECG de 12 derivaciones en < 5 min. 4. Colocación del catéter. <ul style="list-style-type: none"> • La vía ha de ser de grueso calibre (18G) y respetando en lo posible las flexuras. • Glucosado al 5% para mantener vía. 5. Desfibrilador en cercanías y monitorización. 6. Evitar inyecciones i.m. 7. Administración de medicación. 8. Monitorización de los signos vitales. <p>-Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis. • Exploración. • Interpretación del ECG en < 10 min.
<p>Médico y enfermero/a</p> <p>4(a)</p>	<p>-Diagnóstico.</p>	

Proceso dolor torácico sugestivo de S.C.A. en Atención Primaria ⁴

Médico y enfermero/a 4(a)	<p>-Tratamiento.</p> <p>-Informar al paciente y familiares.</p> <p>-Registro de datos clínicos del proceso.</p> <p>-Esperar a 061.</p> <p>-Transferencia del paciente al médico del 061.</p>	<p>-El tratamiento incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AAS a dosis de 75-300 mg (Evidencia: A) En presentación no entérica, salvo alergia o sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA) 5. 2. Si alergia al AAS, clopidogrel a dosis de 300mg. 3. NTG sublingual 0,4 mg/5 minutos, hasta 3 dosis (Nivel de evidencia C) 5. 4. Analgésicos convencionales o morfina, si se requiere, a dosis de 4-8 mg seguida de 2 mg/ 5 minutos hasta desaparición del dolor (Nivel de evidencia C) 5. 5. Si náuseas o vómitos metoclopramida ó domperidona. Naloxona como antagonista opiáceo. <p>-Hora de comienzo de los síntomas, hora de consulta, hora de realización del ECG, tratamiento administrado.</p> <p>-En la transferencia se debe adjuntar informe donde constará: cronograma del dolor, datos de exploración, tratamiento administrado, y concomitantes, alergias medicamentosas.</p>
--	--	---

Puerta 1(b): Consulta de Atención Primaria

Profesional	Actividad	Características de calidad
Auxiliar administrativo 1(b)	<p>-Registro de datos de filiación.</p> <p>-Gestionar consulta con el Médico de Familia.</p> <p>-Traslado del paciente a sala de urgencias del Centro de Salud.</p>	<p>-El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia.</p> <p>-En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se estabilice o se hará a través de algún familiar o acompañante.</p> <p>-Registro informatizado de los datos de filiación / administrativos de los pacientes.</p> <p>-Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible.</p> <p>-Evitar demoras innecesarias.</p> <p>-Citas adecuadas a la situación del paciente, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención inmediata en caso de DT actual sugestivo de SCA. • Consulta directa o telefónica (interfono) con el médico. • El médico decidirá la necesidad de traslado del paciente a sala de urgencias del Centro de Salud o atención en consulta. <p>-El traslado lo determinará el médico.</p>

Médico AP 2(b)	<p>-Evaluación clínica inicial.</p> <p>-Interpretación ECG.</p> <p>-Activar 061.</p>	<p>-La evaluación inicial se realizará de forma urgente mediante la valoración clínica y ECG.</p> <p>-Se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma rápida.</p> <p>-Anamnesis (enfocada al DT, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, medicación actual y alergias medicamentosas).</p> <p>-Exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC).</p> <p>-El objetivo es estratificar el riesgo del paciente. Se considerarán las patologías de mayor gravedad potencial: cardiopatía isquémica, síndrome aórtico agudo y tromboembolismo pulmonar (TEP).</p> <p>-La Interpretación del ECG:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En casos con DT reciente o actual, el ECG estará interpretado lo más rápidamente posible y siempre antes de 10 minutos desde la llegada del paciente al Centro de Salud (Nivel de evidencia C)⁵. • Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, se analizará lo antes posible (en los primeros 30 minutos). <p>-Ante la sospecha fundada de SCA, contactar urgentemente con el 061 para su traslado al Hospital de destino.</p>
Enfermero/a 3(b)	<p>-Valoración del paciente.</p>	<p>-Enfocado a detectar riesgo vital.</p> <p>-Recomendar reposo absoluto y facilitar exploración.</p> <p>-Calmar ansiedad y tranquilizarlo.</p> <p>-Realización de ECG y toma de constantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de ECG de 12 derivaciones, de forma urgente (Nivel evidencia B)⁵. • En casos con DT actual y persistente, el ECG debe estar realizado lo más rápidamente posible y en todo caso, antes de 5 minutos desde la llegada del paciente al Centro de Salud. • Existencia de un circuito protocolizado para casos de emergencia, con ECG urgente y constantes vitales, seguido de asistencia médica urgente. <p>-Colaboración con el médico en la instauración del tratamiento.</p>
Médico y enfermero/a 4(b)	<p>-Tratamiento.</p>	<p>-Protocolo de Medidas Generales ante DT potencialmente grave.</p> <p>-Orden cronológico. Algunas acciones se pueden realizar de forma simultánea, teniendo en cuenta que la dificultad en la realización de un paso no debe retrasar el siguiente más de lo razonable.</p>

Proceso dolor torácico sugestivo de S.C.A. en Atención Primaria ⁶

Médico y enfermero/a 4(b)	<p>-Tratamiento (Cont.).</p>	<p>-El tratamiento ha de incluir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tranquilizar al paciente, recomendarle reposo y tumbarlo en la camilla. 2) Monitorización ECG con el mismo desfibrilador. 3) Proximidad a medios de reanimación cardiopulmonar (RCP) básicos: ambú, toma de oxígeno, mascarilla, guedel. 4) Valorar vía aérea. 5) Colocar vía venosa periférica (18 G), en cara dorsal de mano si es posible, preservando venas gruesas. Glucosado al 5% de mantenimiento. 6) Tratamiento del dolor, generalmente mediante NTG sublingual 0,4 mg/5 minutos, hasta 3 dosis y si persiste sintomatología y no contraindicaciones pasar a NTG en perfusión (Nivel de evidencia C) 5. Analgésicos convencionales o morfina, en los casos que lo requieran, a dosis de 4-8 mg seguida de 2 mg/ 5 minutos hasta desaparición del dolor (Nivel de evidencia C) 5. Si náuseas o vómitos metoclopramida ó domperidona. Tener preparada naloxona como antagonista opiáceo. Considerar sedación si las circunstancias requieren. 7) AAS a dosis de 75-300 mg, (Evidencia: A) 5, en presentación no entérica, salvo alergia o sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA). 8) En caso de alergia al AAS, usar clopidogrel a dosis de 300mg. 9) Pulsioximetría. 10) Oxigenoterapia (Nivel evidencia B) 5. 11) Evitar inyecciones i.m. <p>-De este protocolo, deben cumplirse todas las medidas que estén disponibles, y como mínimo las siguientes: realizar ECG (y aportarlo al trasladar al paciente), administrar NTG sublingual y AAS (si no está contraindicado), mantenerlo en reposo absoluto y no administrarle inyecciones i.m.</p>
	<p>-Información al paciente y familia.</p> <p>-Registro de datos clínicos del proceso.</p>	<p>-Hora de comienzo de los síntomas, hora de consulta, hora de realización del ECG, tratamiento administrado.</p>
	<p>-Transferencia del paciente al 061</p>	<p>-Adjuntando informe donde debe constar: Filiación del paciente: nombre, apellidos. Cronograma del dolor, datos de exploración, tratamiento administrado, y concomitantes, alergias medicamentosas, y ECG.</p>

Puerta 1(c): Urgencias de Atención Primaria

Profesional	Actividad	Características de calidad
Celador, si existe, o personal de guardia 1(c)	-Recepción y traslado del paciente. -Registro de datos de filiación. -Activación del médico.	-El traslado inmediato, sin demora, del paciente desde la puerta del Centro de Salud hasta la zona de urgencias. -El traslado se realizará en silla de ruedas o en camilla, y evitando siempre que el paciente realice esfuerzo alguno. -El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia. -En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se estabilice o se hará a través de algún familiar o acompañante. -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. -Registro de datos de filiación/administrativos de pacientes correctamente identificados.
Médico AP 2 (c)	-Evaluación inicial. -Activación de enfermería. -Activación del 061.	-La evaluación inicial ha de ser inmediata -La evaluación inicial de un paciente que consulta por DT agudo, persistente y con signos de gravedad, se realizará de forma urgente mediante la valoración clínica del enfermo y de su ECG. -Se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma rápida: anamnesis (enfocada al DT, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, tratamiento actual y alergias medicamentosas), exploración física cardiovascular (constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC e interpretación del ECG.
Enfermero/a 3 (c)	-Realización de ECG y toma de constantes.	-Realización de ECG de 12 derivaciones de forma urgente. <ul style="list-style-type: none"> En casos con DT actual y persistente, el ECG debe estar realizado lo más rápidamente posible y en todo caso, antes de 5 minutos desde la llegada del paciente al Centro de Salud (Nivel evidencia B) 5. 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.

<p>Médico y enfermero/a 4 (c)</p>	<p>-Tratamiento.</p>	<p>-Las medidas terapéuticas generales que se adoptarán ante todo DT con signos de gravedad estarán protocolizadas e incluirán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tranquilizar al paciente, recomendarle reposo y tumbarlo en la cama. 2. Monitorización ECG con el mismo desfibrilador. 3. Proximidad a medios de reanimación cardiopulmonar (RCP) básicos: ambú, toma de oxígeno, mascarilla, guedel. 4. Valorar vía aérea. 5. Colocar vía venosa periférica (18 G), en cara dorsal de mano si es posible, preservando venas gruesas. 6. Tratamiento del dolor, generalmente mediante NTG sublingual 0,4 mg/5 minutos, hasta 3 dosis y si persiste sintomatología y no contraindicaciones pasar a NTG en perfusión (Nivel de evidencia C) 5. Analgésicos convencionales o morfina, en los casos que se requieran, a dosis de 4-8 mg seguida de 2 mg/ 5 minutos hasta desaparición del dolor (Nivel de evidencia C) 5. Si náuseas o vómitos metoclopramida ó domperidona. Preparar naloxona como antagonista opiáceo. Considerar sedación si las circunstancias lo requieren. 7. AAS a dosis de 75-300 mg, (Evidencia A) 5, en presentación no entérica, salvo alergia o sospecha de síndrome aórtico agudo (SAA). En caso de alergia al AAS, usar como antiagregante clopidogrel a dosis de 300mg. 8. Pulsioximetría. 9. Oxigenoterapia (Nivel evidencia B) 5. 10. Evitar inyecciones i.m.
	<p>-Manejo del paciente según orientación.</p>	<p>-Mientras se gestiona el traslado, seguir el Protocolo de Medidas Generales ante DT con signos de gravedad. Deben cumplirse todas las medidas que estén disponibles, y como mínimo las siguientes: realizar ECG, administrar NTG sublingual y AAS (si no está contraindicado), mantenerlo en reposo absoluto y no administrarle inyecciones i.m.</p> <p>-Si se prevé que el traslado puede demorarse, continuar el contacto con el 061 y seguir con todas las medidas que estén disponibles de entre las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener al paciente monitorizado. 2. Proximidad medios de RCP básica. 3. Control de constantes. 4. Oxigenoterapia (Nivel evidencia B) 5. 5. Continuar con NTG s.l. a intervalos de 5-10 min. hasta el cese del dolor o aparición de hipotensión. Iniciar perfusión de nitroglicerina i.v. a dosis de 1 mg/h, subiendo de 1 en 1 mg, mientras persista dolor o no se produzca hipotensión arterial o bradicardia, (máximo 5 mg) (Nivel evidencia C) 5.
	<p>-Informar al paciente y a la familia.</p> <p>-Registro de datos clínicos del proceso.</p>	<p>-Hora de comienzo de los síntomas, hora de consulta, hora de realización del ECG, tratamiento administrado.</p>

Médico y enfermero/a 4 (c)	-Transferencia del paciente al médico de 061.	-Adjuntando informe donde debe constar: datos de filiación, cronograma del dolor, datos de exploración, tratamiento administrado y concomitantes, alergias medicamentosas. Registro ECG.
---	---	--

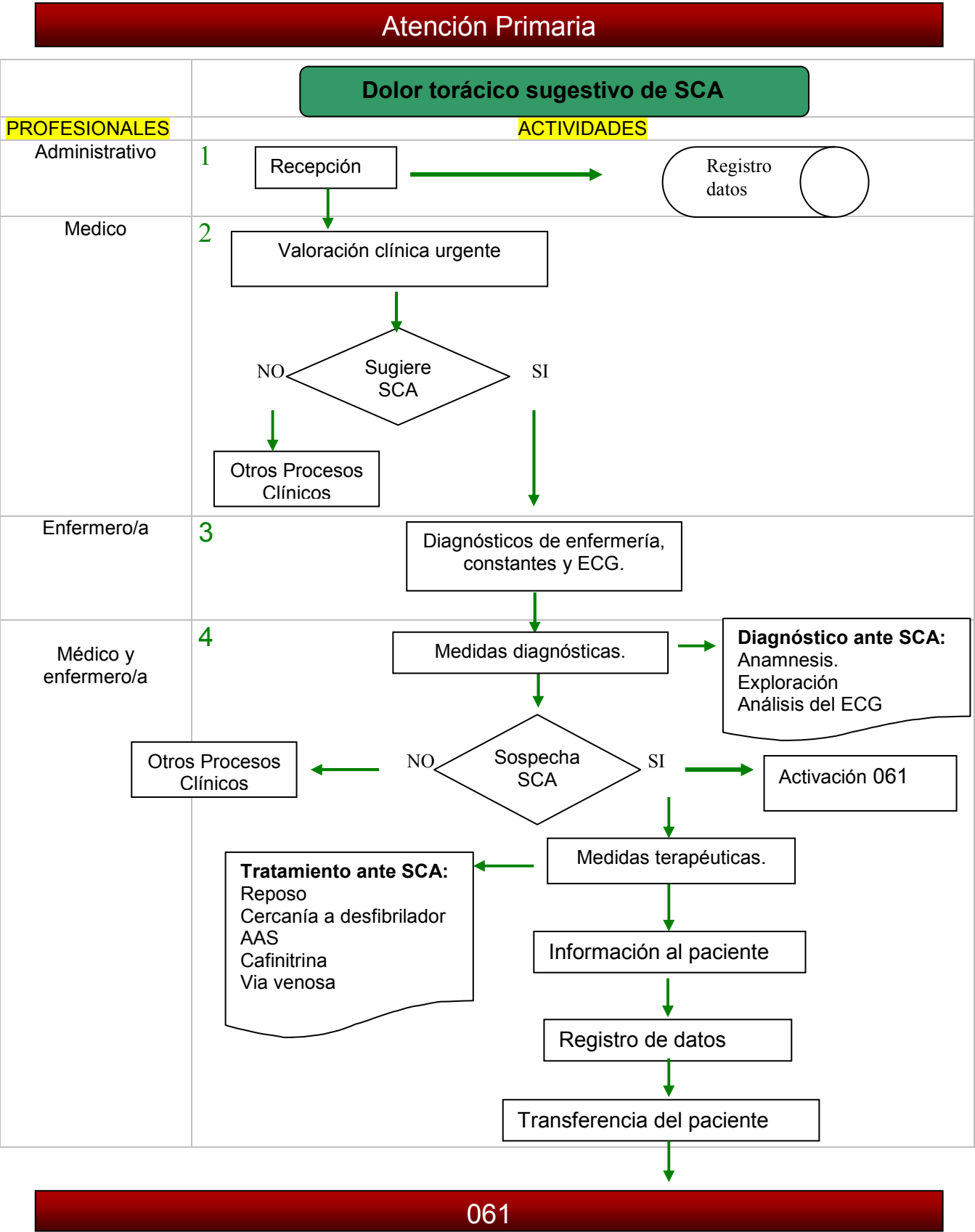
SEGUIMIENTO AL ALTA DEL SCA EN ATENCIÓN

Profesional	Actividad	Características de calidad
Médico de AP 25	-Evaluación de signos de recurrencia isquémica. -Control de la medicación.	-La medicación incluye: <ul style="list-style-type: none"> • AAS: indefinidamente 75-172 mg/día (Evidencia I A) 5. • Si alergia: clopidogrel: 75 mg/día (Evidencia I C) 5. • IECAS si no hay contraindicación (Evidencia I A) 5. • Antialdosterona: añadir a IECAs si FEVI ≤ 40 % y presentan IC sintomática ó diabetes. Se precisa función renal normal y K ≤ 5 mEq/L (Nivel evidencia I A) 5. • Betabloqueantes de forma indefinida en todos los pacientes excepto contraindicaciones (Nivel evidencia I A) 5. • Anticoagulación sí AcxFA, disfunción ventricular (Nivel evidencia I A) 5. Junto a clopidogrel en implantación de stent (Nivel evidencia I C) 5.
Médico y enfermero/a 26	-Control de factores de riesgo vascular.	-El control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria 19 . Grados de evidencia: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco. Si el paciente es fumador se ha de aconsejar que deje de fumar e incluido en programa de deshabituación incluso con tratamiento farmacológico: parches de nicotina y bupropion. (Evidencia I B) 5. Protocolo de atención al fumador en Atención Primaria de salud 23. • Control del peso. Se marcará como objetivo un IMC entre 18,5 y 24,9 Kg/m². Un perímetro abdominal mayor de 102 cm en hombre y mayor de 88 cm en mujeres induce a evaluar posibilidad de síndrome metabólico y aplicar estrategias de pérdida de peso. (Nivel evidencia IB) 5. • Alcohol. Detección y tratamiento del consumo de alcohol peligroso y de riesgo 24: Bajo riesgo: < 17 U*/semanales en varones y < 11U/semanales en mujeres.

	-Control de factores de riesgo vascular (Cont.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo peligroso: entre 17 y 28 U/semanales en varones y entre 11-17 U/semanales en mujeres. 2. Consumo de riesgo: ≥28 U/semanales en varones y ≥17 U/semanales en mujeres. 3. Consumo inferior a bajo riesgo si hipertrigliceridemia. (*) 1U=10 gr. de alcohol puro. Gr de alcohol=ml x 0,8 x ° / 100ml. <ul style="list-style-type: none"> Control lipídico: <ol style="list-style-type: none"> 1. LDLc ≥100mg/dl: Tratamiento con fármacos, preferentemente estatinas (Nivel evidencia I A) 5. 2. HDLc recomendable ≥40 mg/dl (Nivel evidencia I B) 5. 3. Triglicéridos: objetivo < 150mg/dl. Si > 500mg/dl, añadir fibratos o niacina (evidencia IIa B) 5. Control de TA: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cifras ≥ 120/80 mmHg, reducción mediante modificación de estilos de vida (dieta, ejercicio, reducción de peso). 2. Cifras ≥140/90 mmHg, instaurar tratamiento farmacológico 19. 3. En diabetes o nefropatía crónica, el tratamiento farmacológico con cifras ≥ de 130/80 mmHg (Nivel evidencia I B)5. Control de diabetes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipoglucemiantes para lograr niveles de HbA1c<7% (Nivel evidencia I B) 5. 2. No indicadas tiazolidinodionas (Pioglitazona, Rosiglitazona) si existe insuficiencia cardíaca grados III ó IV.
Médico y enfermero/a 26	-Educación sanitaria.	<p>-Educación sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dieta baja en grasas saturadas (menos de 7% del total de calorías) y menos de 200mg/dia de colesterol. Aumentar ingesta de ácidos grasos omega 3, fruta, verdura, fibra soluble y cereales integrales. Recomendar ejercicio físico aeróbico, de acuerdo con la indicación cardiológica basada en prueba de esfuerzo. (Nivel evidencia I B) 5.
	-Evaluación psico-social.	<p>-Evaluación psico-social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño. En depresión están indicados los ISRS (Nivel evidencia I A) 5.

Proceso dolor torácico sugestivo de S.C.A. en Atención Primaria ¹¹

Figura 1: Subproceso Dolor Torácico Sugestivo de SCA en Atención Primaria



Atención Primaria

		SCA tras alta hospitalaria
PROFESIONALES		ACTIVIDADES
Médico de AP	25	<div>Control de medicación</div> <div>↓</div> <div>Evaluar signos de recurrencia</div>
Médico de AP y enfermero/a	26	<div>Control factores de riesgo y educación para la salud.</div> <div>↓</div> <div>Evaluación psicosocial.</div> <div>Tabaquismo. HTA. Colesterol. Glucemia. Etc</div>

Figura 2. Subprocesos del Proceso Dolor Torácico sugestivo de SCA.

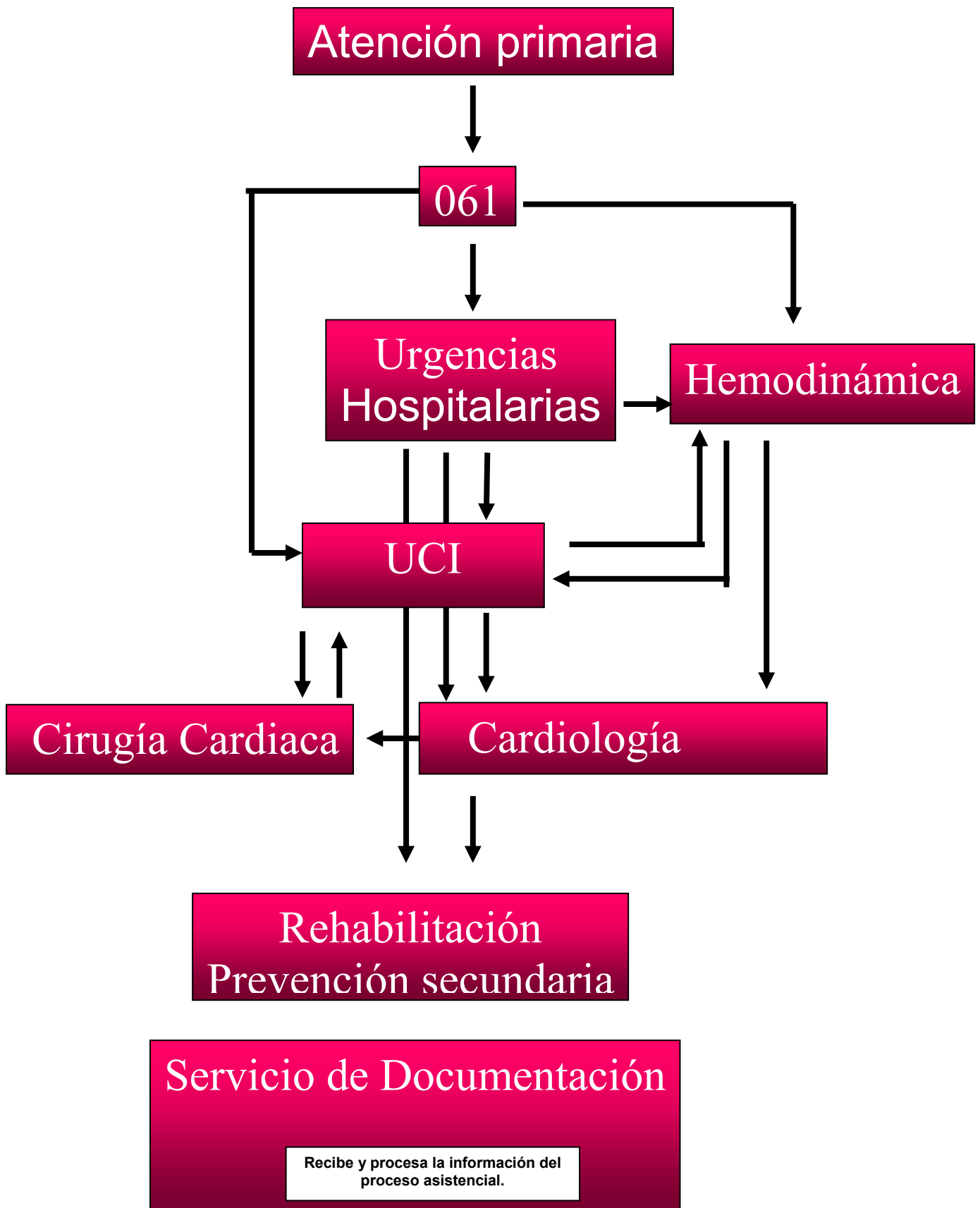
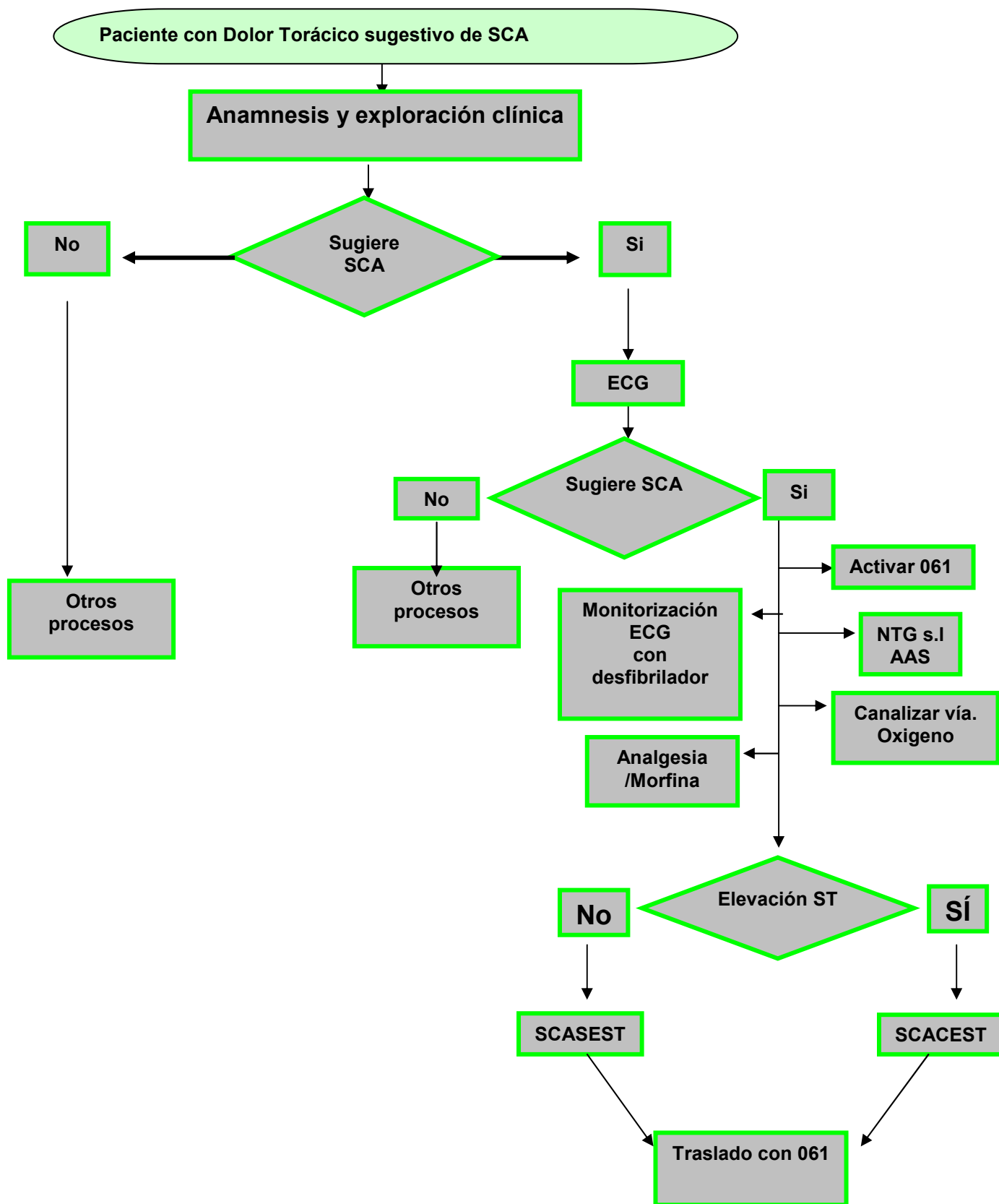


Figura 2. Algoritmo Dolor torácico sugestivo de SCA en Atención Primaria.



INDICADORES:

1. Mortalidad en las primeras 48 horas, a los 30 días y al año en pacientes con SCA, desagregado por grupo de edad y sexo.
1. Tiempo medio transcurrido desde contacto con Atención Primaria y realización ECG.
2. Tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta acudir al Centro o solicitar asistencia.
3. Porcentaje de pacientes con SCA a los que se administra AAS en Atención Primaria.
4. Porcentaje de pacientes fumadores, atendidos tras alta por SCA, que han abandonado el tabaco.
5. Porcentaje de pacientes, atendidos tras alta por SCA, con ejercicio físico al menos tres días por semana.
6. Porcentaje de pacientes, atendidos tras alta por SCA, que mantienen cifras de LDLc <100mg/dl.
7. Porcentaje de pacientes, atendidos tras alta por SCA, con TAs < 140 mmHg.
8. Porcentaje de pacientes, atendidos tras alta por SCA, con TAd < 90 mm Hg.
9. Porcentaje de pacientes diabéticos y TA < 130/85 mm Hg.
10. Porcentaje de pacientes diabéticos con HbA1c < 7%.

AUTORES:

Miguel Ángel Suárez Pinilla. Médico del Servicio de Cuidados Intensivos HCU.

msuarez@salud.aragon.es

Enrique López Lapuente. Médico del Servicio de Urgencias del 061. enrique061aragon@yahoo.es

Fernando Colás Beltrán. Médico de Atención Primaria del EAP de Cariñena.

zar976758577@wanadoo.es

Francisco Roncales García. Médico adjunto del Servicio de Cardiología HCU.

med008874@saludalia.com

Javier Povar Marco. Médico adjunto del Servicio de Urgencias H. Miguel Server. jpovar@comz.org

Carmen Torrubia Pérez. Médico adjunto del Servicio de Urgencias HCU. urge@hcu-lblesa.es

Fernando Flordelis Marco. Dirección Médica de Atención Primaria. Sector Zaragoza III

fflordelis@salud.aragon.es

Carmen Sáez Lavilla. Subdirección Médica de Atención Primaria. Sector Zaragoza III.

csaezl@salud.aragon.es

Ana Grañena Barrabés. Enfermera del Servicio de Cardiología del HCU. anagraena@yahoo.es

María Jesús Paracuellos Paracuellos. Enfermera UCI del HCU. mariajesuspara@hotmail.com

Diana Serrano Peris. Técnico de salud de Atención Primaria. Zaragoza III. dserrano@salud.aragon.es

Eva Lamote de Grignon. Dirección de Atención Primaria. Servicio aragonés de Salud.

elamote@aragon.es

Pascual Moreno Núñez. Subdirección Médica del HCU. pmoreno@salud.aragon.es

Teresa Gutierrez Romero. Enfermera del Servicio de Urgencias HCU. mtgromero@hotmail.com

Ana Vecino Soler. Subdirección de enfermería HCU. denf-material@hcu-lblesa.es

Raimunda Gayarre Jorge. Enfermera del EAP de Borja. buzsan.borj.zar3@salud.aragon.es

Javier Marta Moreno. Subdirección Médica Hospital Miguel Servet. jmarta@salud.aragon.es

BIBLIOGRAFÍA:

1. http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=guia_procesos
2. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\profesionales\procesos\infarto/IAM%20pant%20.pdf>
3. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\profesionales\procesos\dolortoracico/inestable%20pant.pdf>
4. Plan integral de cardiopatía isquémica 2004-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones. Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid NIPO: 351-03-020-3 Depósito Legal: M-43665-2003
5. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction 2004 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc. of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). *Circulation*. 2004; 110; e82- e293.

6. American College of Cardiology Foundation, American Heart Association. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Bethesda (MD): American College of Cardiology Foundation (ACCF); 2002 Mar. 95 p. [552 references].
7. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/infarto sin elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol 2002; 55(6): 631-42.
8. Mahaffey KW, Ferguson JJ. A perspective on trials comparing enoxaparin and unfractionated heparin in the treatment of non-ST-elevation acute coronary syndromes [Am Heart J.](#) 2005 Apr; 149(4 Suppl): S91-9.
9. Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes without persistent ECG ST segment elevation. British Cardiac Society Guidelines and Medical Practice Committee, and Royal College of Physicians Clinical Effectiveness and Evaluation Unit. Heart 2001; 85:133-142 (February) Guidelines.
10. Angina inestable e infarto de miocardio sin elevación de ST. Edita: Consejería de Salud. Depósito Legal: SE-768-2002 ISBN: 84-8486-059-0
11. Infarto agudo de miocardio con elevación ST. Edita: Consejería de Salud. Depósito Legal: SE-770-2002 ISBN: 84-8486-066-3
12. Cannon C, Turpie A. Unstable angina and non-ST-elevation myocardial infarction: initial antithrombotic therapy and early invasive strategy. Circulation 2003; 107: 2640-2645.
13. Salguero R, Sánchez-Pérez I, Pindado Rodríguez C, y col. Tratamiento del angor. Criterios de respuesta. Seguimiento de la respuesta. Medicine 2005; 9 (39): 2606-2614.
14. Gibler W, Cannon C, Blomkalns A, et al. Practical implementation of the guidelines for unstable angina/non-ST-segment elevation myocardial infarction in the emergency department: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care), Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, in Collaboration With the Society of Chest Pain Centers. Circulation. 2005 May 24; 111(20):2699-710.
15. Vaqueriza D, Matía R, Sánchez Pérez I, y col. Tratamiento invasivo del infarto. Criterios de seguimiento y de respuesta. Rehabilitación cardíaca. Medicine. 2005; 9: 2662-2670.
16. American College of Cardiology Foundation, American Heart Association. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Bethesda (MD): American College of Cardiology Foundation (ACCF); 2002 Mar. 95 p. [552 references].
17. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud/>
18. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. — [Sevilla]: Consejería de Salud, [2001] 181 p; 27 cm ISBN 84-8486-024-8
19. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, y col. PAPPS. Atención Primaria. 2005; 36 (Supl. 2): 11-16.
20. Eagle KA, Guyton RA, Ravidof R, et al. ACC/AHA guidelines for coronary artery bypass graft surgery : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1991 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). American Heart Association. J AM Cardiol. 1999; 34: 1262-1347.
21. Physician's Desk Reference. Clopidogrel package insert. Montvale, NJ: Medical Economics Co; 2756.
22. Dyke C, Bhatia D. Inhibitors of the platelet receptor glycoprotein IIb/IIIa and complications during percutaneous coronary revascularization: management strategies for the cardiac surgeon. J Cardiovasc Surg (Torino). 1999; 40: 505-516.
23. Olano Espinosa E, Matilla Pardo B, Sánchez Sanz E y col. ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en Atención Primaria. Aten. Primaria. 2005; 36 (9): 510-4.
24. Córdoba García R. XXV Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Mesa del PAPPS. Actividades preventivas en proceso de cambio. Aten. Primaria. 2005; 36 (Supl. 1): 17-60.
25. Álvarez M, Vera A, Rodríguez JJ, Ferriz JA, García T, García A y Grupo ARIAM Monográfico ARIAM. Med Intensiva 1999; 23: 273-279.
26. Fernando Arós Á, Loma-Osorio Á, Joaquín J Alonso A, y col. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 1999; 52: 919-956.

27. Joanne McCloskey Dochterman. Gloria M Bulechek Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Editorial: Elsevier España S.A. 2004.
28. Clasificación internacional de enfermedades. Instituto de información sanitaria. 2004.http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm.
29. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu D, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2003; 2: 6-44.
30. Antman EM et al. The TIMI Risk score for unstable angina /non ST elevation MI. A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA 2000; 294 (7): 835-42.
31. Gibbons et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina. JACC 1999;33:2092-197.
32. Velasco JA y col. GPC en Prevención Cardiovascular y Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. Rev. Esp. Cardiol. 2000; 53: 1095-102.
33. Lansky AJ, Hochman JS, Mintz GS, et al. Percutaneous coronary intervention and adjunctive pharmacotherapy in women. A statement for healthcare professionals from the American heart Association. Circulation 2005; 111: 940-953.
34. Mosca L, Appel L, Benjamin E, et al. Evidence-Based Guidelines for cardiovascular disease prevention in women. Circulation 2004; 109: 672-692.
35. Putnam W, Burge F, Lawson B, et al. Evidence-based cardiovascular care in the community: A population-based cross-sectional study. BMC Family Practice 2004;5: 1-8.
36. Blackwell M, Huckell V, Turek M. Canadian Cardiovascular Society 2000 Consensus Conference: women and Ischemic Heart Disease. <http://www.ccs.ca/society/conferences/archives/2000/2000coneng-07.asp>
37. Vaccarino V, Parsons L, Every N, et al. Sex- based differences in early mortality after myocardial infarction. The New England Journal of Medicine. 1999, 341(4): 217-225.