

UDT

Sospecha baja-media
DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

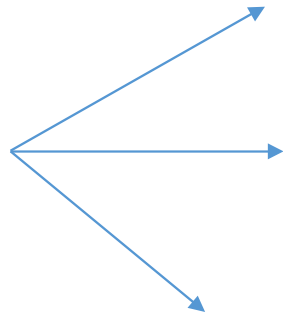
Excluidos los síndromes coronarios de alto riesgo como SCACEST,
IAMSEST o angina inestable

Dolor Torácico

Características clínicas

Factores de Riesgo

ECG y Troponinas



1º Características del dolor

- **Dolor torácico típico:**

- 1.- Definido por dolor opresivo centrotorácico, irradiado o no a cuello o miembros superiores de duración entre varios minutos y no más allá de 1 hora de forma continua.
- 2.- Aparece con el esfuerzo.
- 3.- Mejora en el reposo o con nitratos.

- **Dolor atípico:**

- 2 puntos de los 3 previos o la anamnesis no es completamente clara para considerarlo típico.

- **Dolor no coronario:**

No cumple ninguna de las tres, o cumple uno, pero de forma poco sugerente a criterio del médico que realiza la anamnesis.

2º Factores de riesgo – Riesgo pretest

Factores de riesgo mayores

Su presencia eleva a alto o muy alto riesgo

Hipercolesterolemia familiar

Hipertensión arterial grado

Diabetes mellitus

Tabaquismo

Edad

Síndrome coronario crónico

Enfermedad renal crónica

Factores de riesgo menores

Antecedentes familiares de C.Isq. joven

Factores psicológicos, sociales-laborales de riesgo asociados a la mujer

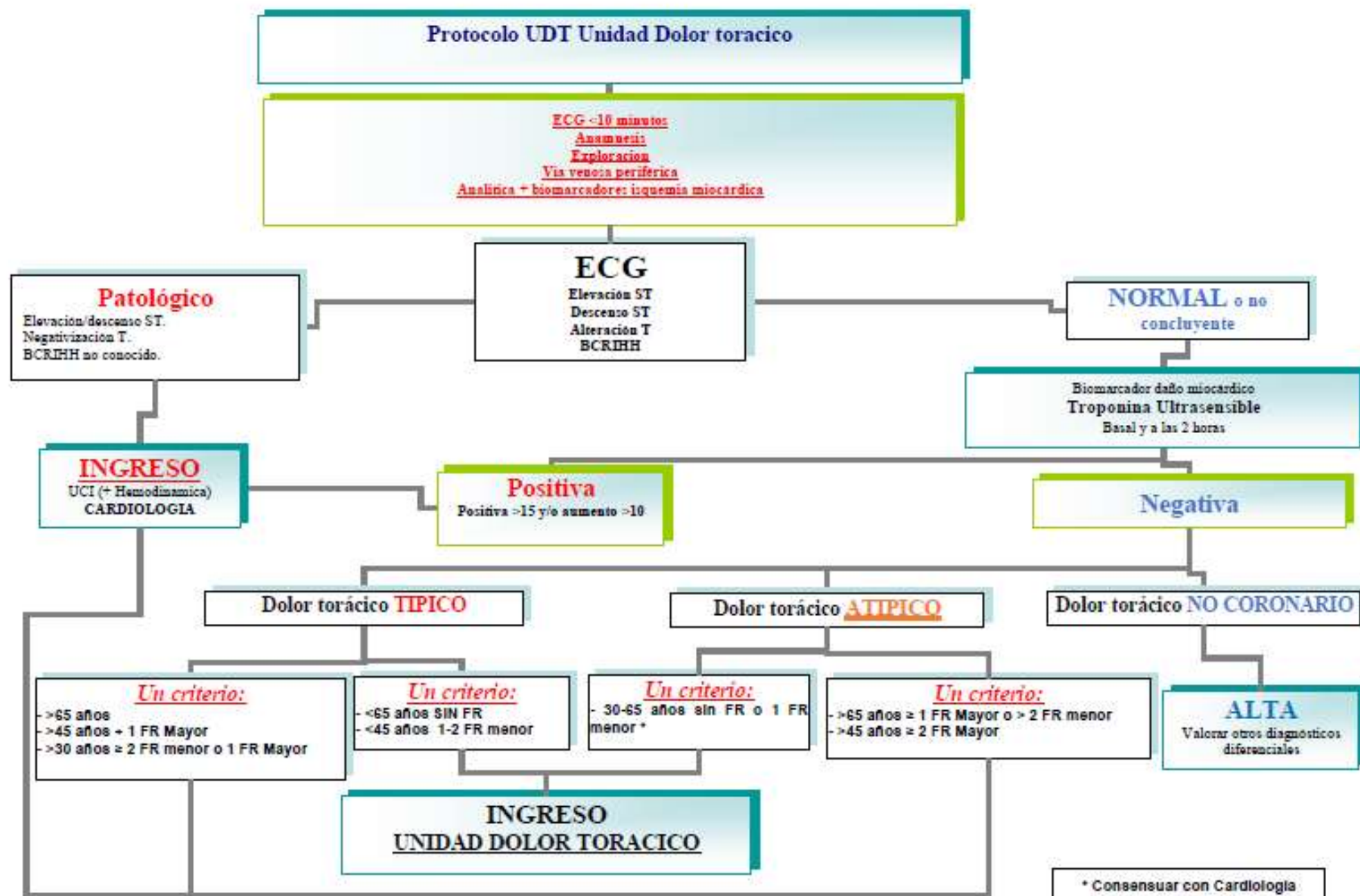
Factores ambientales

Obesidad, sedentarismo

3º ECG y troponinas no diagnósticas

TOPONINA T	BASAL	2 HORAS	3ª TROPONINA
Negativa	<5 (inicio >4h)	No precisa	-
Negativa	<15	Aumento <10	-
Posible positivo	<15	Aumento >10	Considerar avisar
Positivo	16-50	>50 (y/o aumento >10)	Considerar avisar
Positivo	>50	Seriar	Valorar por Cardiología

Adaptación guías ESC SCASEST 2020.



Modo de actuación

Dolor torácico típico:

- Ingresar en Cardiología:
 - Mayor de 65 años: ingreso en Cardiología independientemente de factores de riesgo conocidos.
 - Mayor de 45 años con algún factor de riesgo deben considerarse como “alta sospecha” de cardiopatía isquémica.
 - Mayor de 30 años con algún factor de RCV muy relevante ó 2 ó más factores de riesgo
 - Valorar UDT:
 - <65 años sin FR
 - < 45 a. con uno o dos FR que no se considere determinante.
 - Paciente ideal para ingresar edades entre 30-50 años.
 - Reconsiderar en jóvenes 20-30 años con muy bajo riesgo en ausencia de FR y las pruebas realizadas.
- Valorar otros diagnósticos diferenciales.

Modo de actuación

Dolor torácico atípico:

- Ingresar en Cardiología:
 - Más de 65 años con varios FR o uno determinante.
 - Más de 45 años con 2 o más FR mayores
- Valorar UDT:
 - 30 - 65 años sin FR o 1 FR menor (consensuar con cardiología)
 - Paciente ideal: edades entre 40-60 años.
 - Reconsiderar ingreso y/o otras pruebas de valoración en 30-45 años en ausencia de FR y las pruebas realizadas. Valorar otros diagnósticos diferenciales.

Modo de actuación

Dolor no coronario:

Puede ser dado de alta desde urgencias si no se aprecia otro diagnóstico diferencial de interés.

En Unidad de dolor torácico de Urgencias

Urgenciólogo:

- HC a Cardiología.
 - Si la interconsulta se realiza entre las 8 y las 9 de la mañana, contactar también telefónicamente.
 - Las interconsultas posteriores a las 09h, se programarán para realización del día siguiente.
- Valoración si precisara durante las 24 h máximas previstas de ingreso en UDT.
- Contactará con cardiólogo si aprecia cambios que sugieran riesgo y que precise cambio de Sº a Cardiología u otro tipo de valoración.
- Una vez realizada la prueba de isquemia, si se descarta criterios de riesgo:
 - alta y actuar según continuidad asistencial protocolizada.
 - Si la prueba planteada es *AngioTC coronario*, será el radiólogo de referencia el que deberá informar del resultado de la prueba y actuar según sus valoraciones (protocolo no activo actualmente).

En Unidad de dolor torácico de Urgencias

Cardiólogo:

- Revisará las HC a lo largo del día, desde las 09h a las 08 h de día siguiente y lo programará (o aconsejará otra prueba previa comunicación bidireccional) para el día siguiente.
- Si en la revisión considera mejor el ingreso en Cardiología, lo comunicará para valorar cambio de servicio.
- Valorará al paciente si el urgenciólogo lo requiere por cambios clínicos o bien si en la ecocardiografía o en otras valoraciones hay datos que puede considerar de valoración preferible por cardiólogo.
- Una vez realizada informará de los resultados de la prueba y la presencia o no de isquemia o necesidad de otras valoraciones cardiológicas, **dejando clara la continuidad asistencial** en cada paciente valorado.

Pruebas a realizar en la UDT

A cargo de Urgencias:

- Repetir ECG y valoración de nuevos ECG según aparición o no de nuevos episodios.
- Valorar cambios del riesgo durante el ingreso.
- De forma opcional, la realización de ecocardiografía para valorar riesgos no detectados y consultar con Cardiología si se detecta alguna alteración a revalorar.
- Control analítico si precisa.
- Tratamiento de la comorbilidad si estuviese activa
- Adecuación de tratamiento óptimo (antiagregación, beta-bloqueante..etc)

Pruebas a realizar en la UDT

A cargo de Cardiología:

- **Ecocardiograma de esfuerzo** – en pacientes con condición física preservada y sin problemas marcados detectados en ecocardioscopia.
- **Ecocardio de estrés** – en pacientes con mala condición física y sin problemas marcados detectados en ecocardioscopia.
- **Ergometría** – en pacientes con aceptable condición física y mala ventana ecocardiográfica, pero que interesa valoración de isquemia sin criterios de riesgo.

Pruebas a realizar en la UDT

A cargo de Radiodiagnóstico

AngioTC coronario

- Pacientes 20-50 años:
 - Fc basal optimizable a < 70 latidos/min con betabloqueantes y/o ivabradina si fuera necesario
 - Sin datos que sugieran calcificación por enfermedades concomitantes (insuficiencia renal, antecedentes coronarios, obesidad, etc.)
- Paciente 50-65 años:
 - Con riesgo de evento bajo-intermedio siempre que no tenga ninguno de estos FR:
 - Diabetes
 - Hipertensión arterial
 - Hipercolesterolemia
 - Antecedente de tabaquismo

Continuidad asistencial

- ***Si no se encuentra evidencia de isquemia*** coronaria ni otros datos que requieran seguimiento
 - Alta desde UDT a su MAP (disponible consulta virtual con Cardiología).
 - En la interconsulta Cardiología indicará el resultado de la prueba y la ausencia de otras alteraciones que precisen seguimiento.
 - Si la prueba fuese un angioTC coronario se informará a cardiología y se consensuará destino del paciente con los resultados.
- ***Si datos de isquemia coronaria:***
 - Si no es de riesgo: se podrá dar de alta, pero el cardiólogo dejará definida la cita para la continuidad asistencial, los tratamientos pautados y la información requerida en la interconsulta del ingreso.
 - Si es de riesgo: se contactará con UDT para informar del resultado y se activará automáticamente el cambio de servicio. Desde urgencias se realizará el cambio de servicio y el cardiólogo se encargará de actualizar el tratamiento del PRISMA y de su seguimiento a partir de ese momento en Cardiología.
 - Si no hay signos de isquemia o no son relevantes, pero sí existe otras alteraciones cardiológicas que justifican otros estudios, se considerará cambio de servicio o bien dar cita para continuidad asistencial, así como los tratamientos y la información requerida en la interconsulta del ingreso.

Pacientes con ingreso viernes, sábados o vísperas de festivos

Misma dinámica y actuaciones, pero según el riesgo leve o intermedio, elegiremos:

- Ingreso en UCE, y no en observación de urgencias, hasta realización de la prueba (máximo de 4 pacientes (3 para Angio-TC coronario y 1 para Eco de estrés))

SP	RF Historia Clínica	Teléfono
1° Apellido	2° Apellido	Nombre

Tipo de Dolor	1- Dolor opresivo centrorrónico, irradiado o no, Duración > 1 hora. 2- Agravado con esfuerzo. 3- Mejora con reposo o nitrato. Típico 3 criterios Atípico 2 criterios No coronario No concuerda ningún criterio	Edadaños Hora de inicioh.....m Duración:h.....min
Típico ☐		
Atípico ☐		
No Coronario ☐		

Factores de Riesgo Mayores	Factores de Riesgo Menores	Tratamiento Actual	SI	NO
Hipercolesterolemia	Obesidad	ASA	☐	☐
Hipertensión arterial	Sedentarismo	Clopidogrel/Prasugrel	☐	☐
Diabetes	Cardiopatía isquémica familiar joven	Ticagrelor	☐	☐
Tabaquismo	Sexo según comorbilidad	B-Bloqueantes	☐	☐
Enfermedad renal crónica (FG < 60 ml/min)	Factores psicológicos	Artlag - Ca.	☐	☐
Antecedentes de Sínd Coronario	Factores sociales-laborales	Nitratos	☐	☐
Consumo de cocaína	Factores ambientales	Anticoagulantes	☐	☐
		IECA/ ARA II	☐	☐

Exploración Física	ECG	SI	No	Troponina Ultra sensible	SI	No
TA ____/____ mmHg	ECG ingreso	☐	☐		☐	☐
FC ____	Cardiopatía isquémica aguda	☐	☐	Normal	☐	☐
Sat O2 ____	ECG control	☐	☐	Patológica	☐	☐
	Cambios respecto al ECG de ingreso	☐	☐			

DEOPONINA T	BASAL	2 HORAS	2ª DEOPONINA
Negativa	<5 (pico >45)	No picos	-
Negativa	<15	Aumentado <15	-
Posible positivo	<15	Aumentado >15	Considerar arrestar
Positivo	16-50	>50 (picos aumentados >15)	Considerar arrestar
Positivo	>50	Sin picos	Valorar por Cardiología

TC cardíaco Contraindicaciones: • Alergia al contraste yodado. • Incapacidad de canalizar vía adecuada • FGR <30 salvo que este en diálisis. • FG < 45 ml/min. (1.73m2. (contraindicación relativa) • Infarto de miocardio previo documentado o síndrome coronario agudo definido • Frecuencia cardíaca superior a 70-75 Lpm y contraindicados B-bloqueantes y/o ivabradina. • Revascularización coronaria previa (Bypass o Stent) • IMC superior a 39 Kg/m2 (relativo) • Incapacidad para cooperar. • Incapacidad de cooperar con la apnea. • Embarazo Preparación y recomendaciones 1-Suspensión del uso de metformina hasta 48 horas después de TC. 2- Ayuno de al menos 4 horas 3- Fic tener a 85 b' (premedicación con bloqueantes beta o ivabradina)	Ecocardiografía de estrés Contraindicaciones Síndrome coronario agudo (infarto de miocardio dentro de las 48 horas previas o angina inestable no controlada. Dissección aórtica aguda. Estenosis aórtica sintomática o grave. Arritmias sintomáticas o hemodinámicamente significativas. Insuficiencia cardíaca descompensada. Miocarditis aguda. Pericarditis aguda. TEP-Infarto pulmonar Contraindicaciones relativas Bloqueo aurículoventricular de alto grado. Bradicardias / taquiarritmias. Desequilibrios electrolíticos. Hipertensión arterial (presión sistólica > 200 mmHg o presión arterial diastólica > 110 mmHg) Miocardiopatía hipertrofica obstructiva Estenosis moderada o grave válvulas Preparación y recomendaciones Ayuno
--	---

Hoja de Interconsulta a Cardiología	P complementaria realizada	Destino Final
SI ☐ NO ☐	TC Coronario ☐ Eco de estrés ☐ Otra ☐	Alta domicilio /Medico Familia ☐ C Ext Cardiología ☐ Ingreso Cardiología ☐ Otro ☐