

## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

### DOLOR TORACICO

#### SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2016 – 2019

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Pablo Gaete Saldias Médico Cardiólogo Hospital E. Torres G.</p> <p>Dr. Sebastián Escobar Diaz Médico EDF CGR Huara</p> <p>Dr. José Luis Lineros Médico EDF CESFAM Aguirre Iquique</p>	<p>Dr. Joaquín Farías Valdés. Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p>Havleen Pol Jacone Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Dr. Nelson Castillo Berriga Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Dra. María Vera Zamora. Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
Fecha: septiembre 2016	Fecha: septiembre 2016	Fecha: septiembre 2016
Modificaciones: ninguna.		



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: CG6 CAR-001**

**Edición: primera**

**Fecha: septiembre 2016**

**Página: 2 de 13**

**Vigencia: 3 años**

**INDICE**

<b>DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>MAPA DE RED .....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>4</b>
<b>ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>RESPONSABLES .....</b>	<b>5</b>
<b>POBLACIÓN OBJETIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>DEFINICIONES .....</b>	<b>6</b>
<b>PROCEDIMIENTO O DESARROLLO .....</b>	<b>7</b>
<b>FLUJOGRAMA .....</b>	<b>10</b>
<b>INDICADOR .....</b>	<b>10</b>
<b>RESPONSABLES DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>PLAN DE DIFUSION.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>12</b>



**PROTOCOLO DOLOR TORACICO**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 3 de 13

Vigencia: 3 años

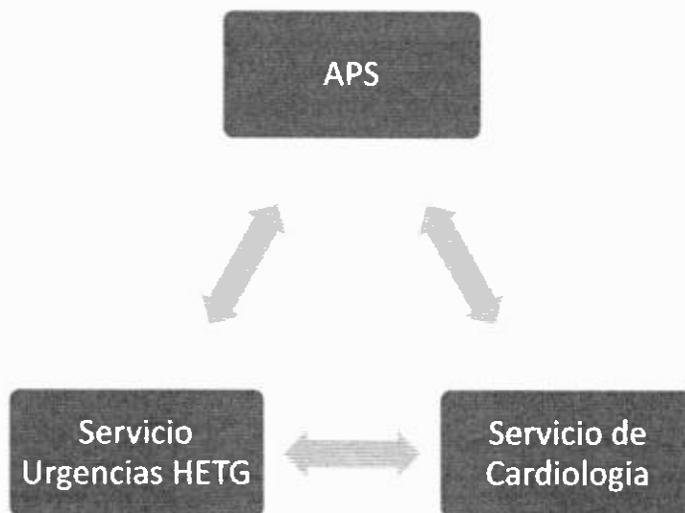
**1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.**

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

**2. INTRODUCCIÓN.**

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta urgente. Supone el 4-7% de las urgencias hospitalarias y la importancia de su correcta valoración está en la identificación rápida de los procesos graves. Entre un 10-30% de los casos de dolor torácico se deben a síndrome coronario agudo (SCA), y se calcula que alrededor del 2% de infartos de miocardio no llegan a ser diagnosticados en el Servicio de Urgencias pese a la realización de las pruebas iniciales, con el consiguiente aumento de la morbimortalidad. La puesta en práctica de protocolos diagnósticos sistematizados de actuación en pacientes con dolor torácico tiene como fin mejorar la calidad de la atención médica, reducir el número de altas hospitalarias inapropiadas, reducir el número de ingresos y costes innecesarios. En definitiva, garantizar la seguridad del paciente y conseguir una mejor relación coste-efectividad.

**3. MAPA DE RED.**





**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 4 de 13

Vigencia: 3 años

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de usuarios con diagnóstico de dolor torácico, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario, secundario y terciario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Instaurar criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarios, que permitan referir y contrarreferir, de forma precoz y pertinente, entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna y pertinente frente a usuarios con diagnóstico de dolor torácico.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a esta Patología.

#### **5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: CG6 CAR-001**

**Edición: primera**

**Fecha: septiembre 2016**

**Página: 5 de 13**

**Vigencia: 3 años**

**6. RESPONSABLES.**

**RESPONSABLES DE SU EJECUCION**

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

**RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

**7. POBLACIÓN OBJETIVO.**

- El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier sexo y edad, realizando mayor énfasis en adultos mayores, sexo masculino y pacientes con comorbilidades cardiovasculares asociadas.



**PROTOCOLO DOLOR TORACICO**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 6 de 13

Vigencia: 3 años

### 8. DEFINICIONES.

El dolor torácico se clasificará según criterios en 3 tipos principales: Angina típica, atípica y dolor torácico no anginoso.

Angina típica: cumple 3 criterios.	Molestia opresiva torácica anterior, cuello, mandíbula o brazos.
Angina atípica: cumple dos criterios.	Desencadenado por el esfuerzo o el estrés.
Dolor torácico no anginoso: cumple sólo un criterio.	Alivio claro con el reposo o con la nitroglicerina.

- Factores de riesgo para Síndrome Coronario Agudo.

Factores no modificables	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edad</li><li>▪ Género</li><li>▪ Historia familiar</li></ul>
Factores modificables	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hipertensión arterial</li><li>▪ Dislipidemia</li><li>▪ Diabetes</li><li>▪ Tabaquismo</li><li>▪ Obesidad</li><li>▪ Sedentarismo</li><li>▪ Exceso de alcohol</li><li>▪ Estrés</li></ul>

- Diagnóstico diferencial del dolor torácico:

- Síndrome coronario agudo: angina inestable, IAM sin SDST, IAM con SDST.
- Angina estable
- Origen pericárdico
- Dolor aparato osteomuscular
- Dolor neuropático
- Patología aórtica
- Dolor esofágico
- Dolor pleural o pulmonar
- Dolor irradiado o referido de patología abdominal
- Dolor psicógeno



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 7 de 13

Vigencia: 3 años

## **9. DESARROLLO.**

### **9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:**

- El médico de APS debe realizar una evaluación clínica completa, solicitar los exámenes requeridos para dicha patología, iniciar tratamiento e identificar las condiciones que requieren derivación para evaluación por médico especialista, según normativa vigente.

### **9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Pacientes que presenten dolor torácico agudo de causa no isquémica con sospecha de gravedad (Embolia pulmonar, pericarditis, etc)
- a) Pacientes con factores de riesgo (sexo masculino o mujer en etapa postmenopausica, edad mayor de 55-60 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad vascular arterial periférica o historia de cardiopatía coronaria previa) con angor típico o angina inestable
- b) Pacientes que presenten cuadro de infarto en días previos y que presenten un nuevo angor.

a) y b) asociado a :

Electrocardiograma de 12 derivaciones con presencia de Supradesnivel del ST (mayor en 0.2 mv o más en las derivaciones V2-V3, 0.1 mv o más en las otras derivaciones) o nuevo Bloqueo Completo de Rama Izquierda.

### **9.3. Derivación de pacientes desde APS al Policlínico de Cardiología del consultorio de Especialidades, del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Pacientes con IAM estables, sin isquemia derivar a control de rutina a Cardiología cada 6-12 meses.
- Angina típica estable no estudiada.
- Angina atípica estable.

**\*\*\* Si se sospecha que existe dolor coronario estable, se debe iniciar tratamiento en APS al menos con aspirina, betabloqueadores (en dosis adecuadas para mantener frecuencia cardíaca, entre 55 a 60 por minuto basal), y estatinas. \*\*\***



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 8 de 13

Vigencia: 3 años

**9.4. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.**

- ECG de 12 derivaciones
- Pruebas de laboratorio (perfil lipídico, glicemia, uremia, creatininemia, electrolitos plasmáticos, hematocrito, hemoglobina). (según disponibilidad)
- Eventual radiografía de tórax. (según disponibilidad)
- Creatininkinasa (CK), CK-MB, Troponinas T e I. (según disponibilidad)

**9.5. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:**

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC), que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
  - Anamnesis pertinente.
  - Hallazgos del examen físico pertinentes.
  - Hipótesis diagnóstica.
  - Exámenes y sus resultados (Adjuntar ECG y otros exámenes).
  - Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
  - Nombre y Rut del profesional.

**9.6. Criterios de priorización:**

- Prioridad 1: Angor típico
- Prioridad 2: Angor atípico
- Prioridad 3: Dolor torácica no anginoso
- Sin prioridad (APS): Sin angor
- Servicio de urgencia: Si se estima que requiere atención antes de 24 horas, como por ejemplo angina de reciente inicio (menos de 39 días) o infarto reciente (menos de 20 días) debe ser derivado a la Unidad de Emergencia Adultos que es el único servicio del hospital que cuenta con atención inmediata

**9.8. Contrarreferencia:**

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología de carácter maligno.



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 9 de 13

Vigencia: 3 años

- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

**9.6. Tiempos de resolución:**

- Evaluación de urgencia: tiempos se registrarán según protocolos internos del servicio de urgencia del HETG.
- Post evaluación por especialista se definirá estudio invasivo vs no invasivo.
- Al menos será necesario 2 evaluaciones por especialista, si los enfermedades no revelan enfermedad activa, se realizara la contrarreferencia a nivel primario con diagnósticos e indicaciones.
- Según el caso particular.

**9.7.- Alta nivel secundario:**

- Los pacientes serán dados de alta y contrarreferidos al nivel primario, según el caso particular, definido por criterios de especialidad.



**PROTOCOLO DOLOR TORACICO**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

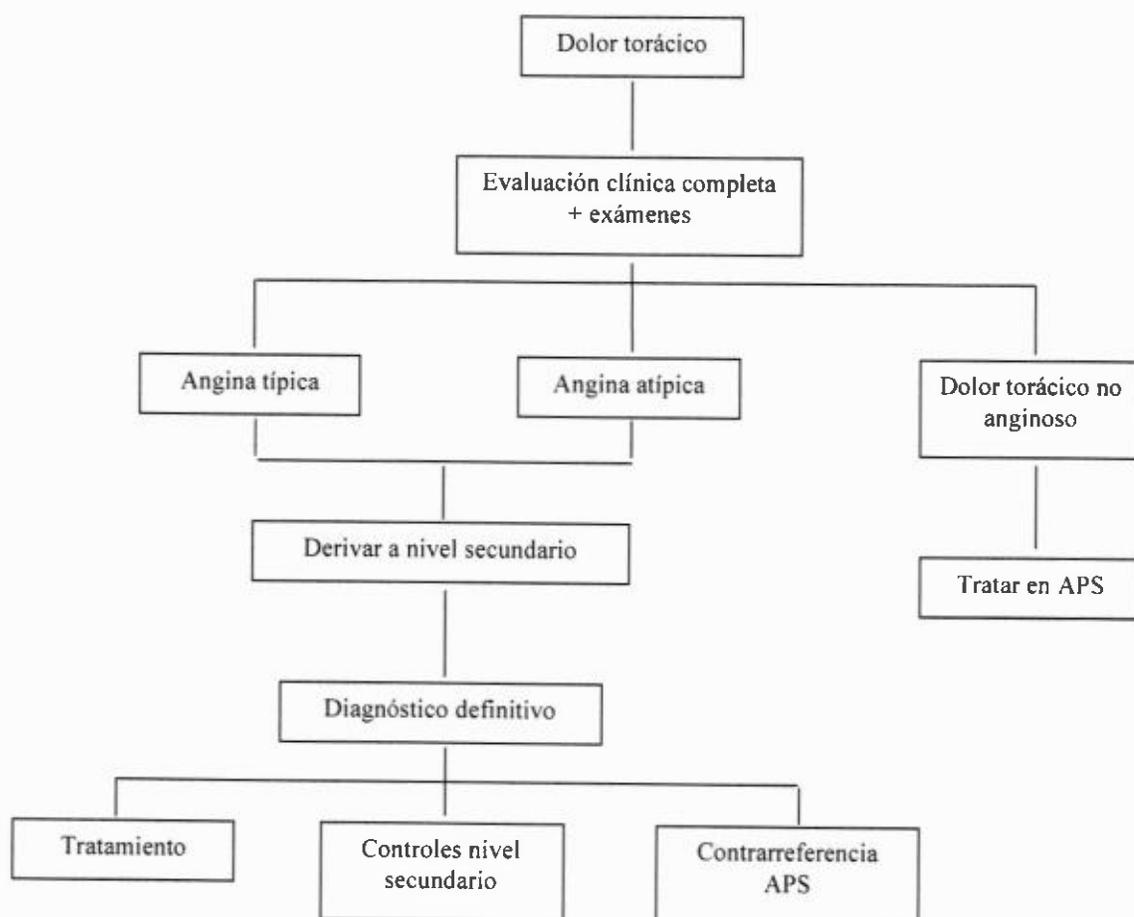
Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 10 de 13

Vigencia: 3 años

### 10. FLUJOGRAMA



### 11. INDICADOR.

- **Numerador:** Número de pacientes con diagnóstico de dolor torácico cardiogénico, tratados y contrarreferidos desde el Policlínico de Cardiología a médico APS, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCR.
- **Denominador:** Número de pacientes referidos por médico desde APS a Policlínico de Cardiología, con diagnóstico de dolor torácico cardiogénico, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**  
**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 11 de 13

Vigencia: 3 años

## 12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfaz del servicio de Cardiología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

## 13. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara en Diciembre una auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en junio 2019.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Risk factors for Chronic Heart Disease. National Health Service, UK. Disponible en:  
<http://www.nhs.uk/ipgmedia/national/HEART%20UK/Assets/Riskfactorsforcoronaryheartdisease.pdf>
- Davis T, Bluhm J, Burke R. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome (ACS). <http://bit.ly.ACS1112>. Updated November 2012.
- McConaghy JR. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. Am Fam Physician. 2013 Feb 1;87(3):177-82.
- Caimi, Leonardo. Manual de Urgencias Medico Quirurgicas, Hospital Dr. Gustavo Fricke. 2013.
- Guía clínica Infarto agudo del miocardio con supradesnivel segmento ST. Series guías clínicas MINSAL, 2010.



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 12 de 13

Vigencia: 3 años

**15. ANEXOS.**

a) Manejo Inicial General :

- Monitorización ECG continua, para la detección de arritmias y desviaciones del segmento ST
- Monitorización no invasiva de la presión arterial
- 2 vías venosas periféricas permeables
- Reposo absoluto las primeras 12-24 horas
- Restricción de la alimentación las primeras 12 horas
- Oxigenoterapia para mantener saturación de oxígeno > 90 %
- En sospecha de SCA se debe administrar Acido acetilsalicílico (Aspirina) en dosis de 500 mg masticable (150 a 325 mg según guías internacionales)
- Investigar y Corregir Situaciones y Condiciones Precipitantes y/o Agravantes: hipertiroidismo, anemia, suspensión tratamiento intempestivamente (beta bloqueadores por ejemplo), arritmias de baja respuesta ventricular), consumo de fármacos vaso espásticos: cocaína.
- Solicitar laboratorio basal

b) Manejo del dolor (en caso de IAM)

- Nitroglicerina sublingual 0.6 mg, puede repetirse hasta 3 veces en ausencia de hipotensión (PAS > 100 mmHg). Están CONTRAINDICADOS en pacientes que han recibido inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, vardefinilo)
- Opiáceos como cloruro de morfina 2 a 4 mg en dosis repetidas sin sobrepasar un total de 10-15 mg, en ausencia de hipotensión (PAS > 100 mmHg). Los efectos adversos incluyen náuseas, vómitos, hipotensión con bradicardia y depresión respiratoria.
- En caso de ansiedad persistente, considerar benzodiazepinas
- Uso de antieméticos en caso necesario



**PROTOCOLO DOLOR  
TORACICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: CG6 CAR-001

Edición: primera

Fecha: septiembre 2016

Página: 13 de 13

Vigencia: 3 años

c) Causas no isquémicas de dolor torácico

- **DISECCION AORTICA:** en pacientes con HTA o síndrome Marfan. Dolor de aparición brusca, severo, de carácter opresivo o quemante, generalmente abarca la zona anterior del tórax o la región dorsolumbar. El paciente parece estar en shock, pero con presión arterial normal o elevada.  
Rx Torax: ensanchamiento mediastino superior y pérdida del contorno aórtico normal. ECG puede ser normal o mostrar signos de HVI. Ecocardiograma TE confirma diagnóstico.
- **DOLOR ESOFAGICO:** antecedente de pirosis, regurgitación o hernia hiatal. Ubicación región retroesternal y se describe como quemante o con carácter de calambre de intensidad variable. Examen inespecífico y la Rx Tórax carece de hallazgos significativos.
- **PERICARDITIS:** personas jóvenes, dolor evoluciona horas o días y se asocia a fiebre y malestar general. Localización retroesternal y puede irradiarse al cuello, espalda, hombros y epigastrio. Intensidad puede disminuir al sentarse y se agrava con la respiración y la tos. Rx tórax puede sugerir la presencia de derrame pericárdico con silueta cardiaca aumentada. ECG muestra elevación del segmento ST con concavidad superior en la mayoría de las derivaciones.
- **PNEUMOTORAX ESPONTANEO:** adultos jóvenes, dolor aparición brusca, de tipo pleurítico, relacionado con el esfuerzo y la tos, bien localizado en el hemitórax afectado y puede irradiarse al hombro del mismo lado. Taquipnea, depresión asimétrica del HT afectado durante la inspiración, asociado a hipersonoridad y abolición del murmullo pulmonar y a desviación mediastinica de la tráquea y de la punta cardiaca hacia el lado afectado. Rx tórax es diagnostica.
- **EMBOLIA PULMONAR:** asociado a reposo, inmovilización prolongada, uso de anticonceptivos orales, el embarazo y las neoplasias. Antecedente de trombosis venosa profunda, el dolor es más frecuentemente lateral y de tipo pleurítico, acompañándose de tos, disnea y en el 20% hemoptisis. Rx habitualmente normal, se debe solicitar AngioTC pulmonar.