



## CLÍNICA

### ENFERMERÍA: ATENCIÓN, CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN URGENCIAS (CARDIOBOX)

INFIRMARY: ATTENTION, CARE AND CARDIOBOX.

\*Loro Sancho, N., \*Sancho Sánchez, M. J., \*\*Sancho Sánchez, M. T., \*\*\*Peiró Andrés, A., \*\*\*\*Folgado Reig, J.

\*DUE. Urgencias Hospital General Universitario de Valencia. Prof. Asociada Universitat de Valencia. \*\*DUE. Urgencias HGUV. Colaboradora Docente Universitat de Valencia. \*\*\*DUE. Coronarias HGUV. Prof. Asociada Universitat de Valencia. \*\*\*\*Coordinador de Enfermería (Procesos Ambulatorios) HGUV .

Palabras clave: Cardiobox, Atención y Cuidados.

Key words: Cardiobox. Attention and Care.

#### RESUMEN

En el Hospital General Universitario de Valencia, desde el cambio estructural en Urgencias y la implantación de dos boxes denominados “Cardiobox”, con la finalidad de atender al paciente en las mejores condiciones y con la máxima rapidez confirmando o descartando la gravedad del mismo todo paciente con “Dolor Torácico sugestivo de Cardiopatía Isquémica” pasará al “Cardiobox” entendiendo que todo paciente con dolor torácico traumático mayor de 35 años tiene un “Síndrome Coronario Agudo” hasta que no se demuestre lo contrario.

Los/as autoras de este trabajo hacen un seguimiento desde Mayo a Octubre de 2005, tomando una muestra aleatoria de 200 pacientes que desde la R.A.C. fueron derivados para su asistencia al “Cardiobox”, pacientes nominados como nivel dos por el médico clasificador. **Los objetivos de este trabajo son :**

- valorar el tiempo que media desde la entrada del paciente y la asistencia del mismo.
- la edad
- el sexo
- diagnóstico real
- altas, ingresos, traslados y fallecimientos.

## SUMMARY

In our Hospital, from the structural change in Urgencias and the implantation of two boxes named "Cardiobox ", with the purpose of attending to the patient in the best conditions and with the maximum rapidity confirming or discarding the gravity of the same one. For it, every patient with "Thoracic suggestive Pain of Ischemia Cardiopathy" will happen to "Cardiobox" understanding that quite patient with thoracic non trauma pain of 35 years has a "Coronary Sharp Syndrome " until it is not demonstrated.

The authoresses of this work consider to do a pursuit from May, 2005 until October, 2005, taking a sample of 200 patients who from selection were derived for his assistance to the "Cardiobox", patients nominated as level two for the medical classifier, the targets of this work are:

- to value the time that comes up from the entry of the patient and the assistance of the same one.
- the age
- the sex.
- real diagnosis
- discharges, income, transfers and deaths.

## INTRODUCCIÓN

El manejo de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias con un dolor torácico indicativo de insuficiencia coronaria aguda plantea un importante problema asistencial por diversas razones:

- **La primera** es su magnitud: el dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes, representa entre el 5% y el 20% de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencia de un Hospital General. En un 50% de los casos aproximadamente, el cuadro clínico se orienta en un principio como indicativo de un síndrome coronario agudo; no obstante, en menos de la mitad de estos pacientes se confirma finalmente tal diagnóstico. Como consecuencia, un elevado número de los ingresos hospitalarios por sospecha de patología coronaria procedentes de los Servicios de Urgencias podrían evitarse con un diagnóstico inicial más preciso. Por otro lado, entre el 2 y el 10% de los pacientes que son dados de alta desde los Servicios de Urgencias por considerar que el origen del dolor no es coronario presentan un infarto Agudo de Miocardio, con una tasa de mortalidad elevada, doble de la que corresponde a los enfermos ingresados.

-**La segunda** razón es la importancia de tomar decisiones terapéuticas rápidamente en estos pacientes, puesto que la eficacia del tratamiento trombolítico y de la angioplastia primaria está en función de la precocidad con que se realizan en el curso de un Infarto de Miocardio: se considera que una hora de adelanto en el tratamiento permite salvar 1,5 vidas por cada 1000 pacientes tratados. En España, el retraso promedio del tratamiento una vez que el paciente ha llegado al Hospital se acerca a los 60 min. El desarrollo de nuevas pautas terapéuticas en la angina inestable, ha puesto de manifiesto **la necesidad de seleccionar con la mayor rapidez posible** a los pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento más intensivo.

En las dos últimas décadas se han propuesto diferentes soluciones para mejorar el diagnóstico del dolor torácico en los Servicios de Urgencia, incluyendo el **uso de guías**

**diagnósticas, la formación de equipos multidisciplinares y el ingreso de estos pacientes en áreas específicas.** Esta solución que está ganando rápida aceptación, se conoce con el nombre de **Unidades o Centros de Dolor Torácico.**

### **En Septiembre del 2003 se plantea la dirección:**

- Una serie de reuniones con el personal de Enfermería para unificar criterios respecto a la recepción del paciente en la R.A.C. (la recepción del paciente en la R.A.C. en este centro ha sido durante unos 10 años aproximadamente del personal de Enfermería) decidiéndose por mayoría que la recepción de paciente fuese responsabilidad del médico.

- Un cambio de ubicación de la "Consulta Rápida" y la ampliación de dos consultas nuevas con la denominación de "Cardiobox", con la dotación de todo lo indispensable para realizar las técnicas necesarias que el paciente pueda necesitar: Electrocardiógrafo, Pulsiosímetro, Monitor. Para uso exclusivo para estas dos consultas.

La finalidad de estas dos consultas es pasar a todo paciente con "Dolor Torácico traumático" mayor de 35 años, entendiéndose que tiene un síndrome coronario agudo hasta que no se demuestre lo contrario.

## **CIRCUITO PROCESO DE RECEPCIÓN - ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN.**

### **1.- Inicio del proceso**

Llegada del paciente al Servicio de Urgencias.

### **2.- Recepción Acogida y Clasificación en Urgencias ( R.A.C.)**

El paciente entra por el acceso de la puerta principal, es recibido por los sanitarios y en función de la patología que presente, Pediatría, Traumatología y/o judiciales, tras dar los datos en admisión pasará a su destino.

El resto de pacientes serán valorados en primera instancia por el médico responsable de la RAC, y pasarán a la sala de espera, hasta que se les llame, salvo que sea un paciente en estado crítico o paciente en camilla por que su estado así lo requiera. Si el paciente está en un estado crítico se activa el timbre de emergencia, desplazando el paciente al box de críticos.

### **3.- Atención en el área de la R.A.C.**

El personal médico responsable de la R.A.C., tras valorar al paciente, rellenará la hoja de R.A.C. y la hoja de Enfermería donde anotará:

-la filiación del paciente

-la hora de primera atención

-el motivo de la consulta

-las constantes que considere oportunas ( So2, F.C., F.R...)

-el nivel de gravedad-prioridad atribuido.

-el área de destino del paciente ( Box de Críticos, Boxes Generales, Especialidades, Cirugía, Cardiobox, Psiquiatría, Ginecología-Obstetricia, CCEE de Dermatología, Oftalmología, O.T.R y de Estomatología-Cirugía maxilofacial.

-Si la asignación del paciente es para Boxes Generales, se debe de cumplimentar la hoja general de asignación de pacientes a médicos de Boxes, anotando apellidos y nombre del paciente, médico asignado, hora de asignación y nivel de gravedad.  
El médico responsable de la R.A.C. decidirá qué pacientes deben ser acompañados a su destino por el sanitario y la necesidad o no de camillas o carros para su traslado.

#### **4.- Documentación y su circuito**

Para el control del proceso se genera un impreso que llamaremos R.A.C.

Esta hoja irá por triplicado de colores:

-Hoja blanca para el Servicio de Admisión, donde se le formalizará la Hª Clínica de urgencias.

-Hoja amarilla para el paciente.

-Hoja rosa para la Consulta Rápida o sección donde se designe el paciente.

La hoja amarilla va siempre con el paciente hasta su llegada al área de atención que se le indica, la hoja amarilla servirá al personal responsable del área la reclamación de la historia clínica del paciente

#### **5.- Fin del proceso**

El paciente llega clasificado por su gravedad y es recibido con la documentación adecuada en su mejor ubicación.

### **NIVELES DE GRAVEDAD EN TRIAJE DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA**

#### **NIVEL I: EMERGENCIA**

**PACIENTE CRÍTICO que precisa atención inmediata.**

#### **BOX DE CRITICOS**

- . **Parada Cardiorrespiratoria**
- . **Convulsión activa** ( Status epiléptico )
- . **Paciente inconsciente**
- . **Coma** ( Glasgow < 9) (Acva extenso, hipoglucemia, Intoxicación)
- . **Insuficiencia respiratoria severa.** (Asma grave, EPOC, EAP., TEP. candidatos para IOT FR>30 So2<85%.
- . **Politraumatizado** (TCE grave) (Neumotorax, sangrado activo.)
- . **Schok**

. **Hemorragia con inestabilidad. Hemodinámica** (cortejo vegetativo, taquicardia, hipo TA)  
( HDA, heoptisis grave, Metrorragia, hematuria.)

. **Dolor torácico sugestivo de cardiopatía Isquémica con inestabilidad hemodinámica.**

(Probable IAM. Todo paciente con dolor torácico atraumático > de 35 años tiene un SCA mientras que no se demuestre lo contrario )

. **Reacción alérgica severa.** (Edema de glotis, hipo TA.)

. **Bradicardia o taquicardia sintomáticas** (Bloqueo A/V con síncope bacón angor hemodinámico.)

## **NIVEL II : URGENCIA**

### **-BOXES GENERALES- (AVISO MÉDICO RESPONSABLE )**

. **Dolor torácico sugestivo de cardiopatía isquémica (Cardiobox.** Todo paciente con dolor torácico atraumático > 35 años tiene un síndrome coronario agudo hasta que se demuestre lo contrario.

. **Focalidad neurológica aguda o disminución del nivel de conciencia** (Síndrome confusional agudo, Acva.)

. **Traumatismo severo** (Pasará a Traumatología)

. **Reacción alérgica moderada .** (Pasará a Derma tología)

. **Dolor severo** (escala > de8/10)

. **Dolor abdominal sugestivo de afectación visceral** (Abdomen agudo: apendicitis, colecistitis, perforación, ileo.)

. **Diabético con clínica de CAD o hipoglucemia.** (Descompensación diabética con afectación sistémica )

. **Disnea severa .** ( Asma. Epoc reagudizado So2. 90 %.)

. **Fiebre en paciente de riesgo** (anciano frágil, inmunodeprimido) o con afectación sistémica 8 Infección grave, meningitis, sépsis, epiglotitis, neumonías, ITU...)

. **Vómitos y/ diarrea en paciente de riesgo con sospecha de deshidratación o hipoTA.**

. **TCE grave-glasgow 9-12** (TCE con pérdida de conciencia, cefalea severa, vómitos o sospecha de lesión cervical.)

. **Intoxicación medicamentosa de riesgo.**

. **Síndrome de abstinencia severo.**

- . Psicosis aguda, agitación psicomotriz.
- . Abuso sexual-Agresión.
- . Arritmias mal toleradas.

### **NIVEL III : URGENCIA MODERADA**

#### **-BOXES GENERALES-**

- .TCE alerta pero con vómitos, anticoagulado. (TCE moderado, Glasgow 13-15 )
- . Trauma moderado.
- . Hemorragia no activa con estabilidad hemodinámica (HDA, HDB, hemoptisis, hematurias, rectorragias)
- . Disnea moderada. Dolor moderado. Escala 7/10 (Migraña, cólicos). Síndrome infeccioso en pacientes estables (Pielonefritis, neumonías, GEA )
- . Dolor torácico atípico sin antecedentes de cardiopatía isquémica ni factores de riesgo cardiovascular con ECG normal ( Dolores pleuríticos, pericardicos)
- . Crisis vertiginosa mal tolerada
- . Crisis comicial recuperada y alerta
- . Cefalea con signos de alarma (Cefalea brusca, no respeta el sueño, con vómitos o focalidad, de nueva aparición.)
- . Psicosis aguda-ideación suicida en paciente colaborador.

### **NIVEL 4 – NO URGENTE - CENTRO DE SALUD**

#### **SINTOMATOLOGÍA BANAL EN PACIENTE ESTABLE**

- .TCE alerta grado 0.
- . Trauma menor
- . Disnea leve sin repercusión, hemodinámica, anticoagulado o riesgo cardiovascular.
- . Dolor abdominal leve , recurrente, ya estudiado y/o crónico.
- . Fiebre-Infecciones sin repercusión sistémica (viriasis, IRS (rinorrea, otalgia, odinofagia ) Síndrome miccional 2º a ITU, bronquitis, amigdalitis, otitis )
- . Vómitos y/ o diarrea (no deshidratación, no factores de riesgo)

- . **Dolores osteomusculares sin trauma previo.** ( Lumbalgia, gonalgia, dorsalgia)
- . **Cefalea sin signos de alarma** (Reagudización de cefalea ya estudiada (migraña) cefalea tensional episódica)
- . **Ansiedad- Distimia o síntomas psiquiátricos no preocupantes.**
- . **Mareo inespecífico**
- . **Hiper glucemia simple**
- . **Reacción alérgica leve**
- . **Problemas administrativos**
- . **Problemas sociales**
- . **Revisiones, curas locales, inyectables, cambios de sonda.**

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para determinar la participación de Enfermería en este estudio se hace un seguimiento con una investigación descriptiva con diseño de campo, el Cardibox como objeto de estudio, estuvo conformada por tres enfermeras, se atendió y se hizo un seguimiento de manera aleatoria de 200 pacientes, en un periodo de tiempo de Mayo a Octubre de 2005, haciendo un recuento del tiempo desde su llegada a su asistencia en el centro, Diagnóstico real, edad , sexo, alta del paciente, ingreso, traslado a otro centro y fallecimiento.

## **RESULTADOS**

Se procesa en un semestre un total de 200 pacientes que consultaron en nuestro Servicio de urgencias por dolor torácico, los pacientes se registraron de manera aleatoria, siendo estos los resultados:

## **DIAGNÓSTICOS**

- Infarto Agudo de Miocardio: 8
- Dolor Precordial: 45
- Angina Inestable: 9
- Opresión Torácica: 24
- Dísnea: 10
- Taquicardia: 18
- Portador de Marcapasos: 7
- Dolor Toracico Inespecífico: 37
- Crisis de Ansiedad : 9
- Aritmia : 11
- Epigastralgia : 7
- Epoc : 6
- Síncope: 9



## **EDAD DEL PACIENTE**

De 20-30 años: 11  
De 30-40 años: 16  
De 40-50 años: 28  
De 50-60 años: 69  
De 60-70 años: 49  
De 70-80 años: 32  
De 80-90 años: 24  
De 90-100 años: 2

## **SEXO:**

Mujeres: 46  
Hombres: 154

## **ALTAS, INGRESOS, TRASLADOS Y FALLECIMIENTOS**

Altas: 165  
Ingresos: 23  
Traslados: 3  
Fallecimientos: 3

## **TIEMPO: ENTRE LA LLEGADA DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN DEL MISMO**

12 m.

## **CONCLUSIONES**

El manejo del paciente con dolor torácico en los Servicios de Urgencia supone un reto importante tanto para el médico de Urgencias, para el cardiólogo y para el personal de Enfermería. Siguiendo la experiencia de otros países, el Grupo de Trabajo auspiciado por la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias de la SEC propone la creación de Unidades de Dolor Torácico en los Hospitales españoles, formadas por un equipo multidisciplinario y bajo la dirección de un Cardiólogo, con el objetivo de optimizar el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, de manera que se evite el ingreso de los que tengan patologías leves y se pueda establecer un diagnóstico lo más pronto posible en los que padezcan un síndrome coronario agudo, con el fin de que no sean dados de alta indebidamente.

La Sociedad Española de Cardiología Isquémica y Unidades Coronarias estableció recientemente las directrices de funcionamiento y organización para poner en marcha la creación de las unidades de UDT. Hoy en día hay muy pocas en funcionamiento. Para ello no hacen falta locales, personal, ni equipos sofisticados, se ubican en los Servicios de Urgencia, son atendidos por el mismo personal de Urgencias y utilizan equipos sencillos. Lo único que se precisa es: a) una mejor reordenación y aprovechamiento de los recursos existentes; b) una buena coordinación entre los servicios de Cardiología y Urgencias, c) una adecuada organización jerárquica, y d) voluntad, que es de esperar se vea alimentada por



experiencias pioneras y exitosas como las de los hospitales de Valme ( Sevilla) y el Hospital Clínico de Valencia.

Los enfermeros/as tenemos que aprender a mostrar qué hacemos, cómo y por qué. El futuro de nuestra salud no está sólo en el hospital, sino en el ámbito de la comunidad. Desde el área de Formación continuada, dentro de nuestro centro, deberían de ofrecerse **cursos encaminados a la prevención y al cuidado del paciente con problemas cardiovasculares.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Bañón Fernández, J. Alegría Ezquerro, E. “Unidades de dolor torácico. Organización y protocolo para el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos”. Rev. Española de Cardiología 2002; 55 143-154 ISSN :1579-2242.
- 2.- Curso de formación de triage, con la participación de 11 hospitales de Cataluña y Baleares. Año 2003.
- 3.-“El triaje en Urgencias del Hospital General Universitario de Valencia” Manual editado por el H.G.U.V. 1.999.
- 4.-Escaldes-Engordany “Valoración Módulo Práctico del primer curso de triaje de urgencias” 2002.
- 5.-Gómez Jiménez, J. “La urgencia, la gravedad y el triaje de Urgencias y Emergencias”. Digitally Signed By Date: 2003-06-16
- 6.-Gonzalez Juantell, J. Mazón Ramos, P. “Corazón y Salud” 21-23 Fundación Española del Corazón, nº 23 Año 2002.
- 7.-Grupos de Trabajo de soporte vital básico y avanzado de European Resucitación Council. Recomendaciones para el Soporte Vital Básico y Avanzado en el adulto. Conferencia de Consenso. Med Clin Barcelona) 1994.
- 8.-Jimeno Calvo, M “La calidad asistencial Enfermera” Enfermería Científica Nº 230-231. Mayo –Junio 2001.
- 9.-Muriel Villoria, C. Fdez Fraile, L. M. “Emergencia Médicas” Ed. ELA Grupo Aran. 2002.
- 10.-“Pastor Torres, L. F. Pavón –Jimenez , R.“Unidad de Dolor Torácico: seguimiento de un año”Rev.Esp de Cardiología 2002; 55:1021-1027 ISSN:1579-2242.
- 11.-Palma Navarro, J. “Evaluación de la calidad asistencial de los registros de Enfermería” Enfermería Científica 228-229. Marzo - Abril 2001.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia