

RECOMENDACIONES EN TIEMPO DE PRIMER CONTACTO SANITARIO-ELECTROCARDIOGRAMA

Autor principal:

INÉS
CÁRDABA
GARCÍA

Segundo co-autor:

ROSA MARÍA
CÁRDABA
GARCÍA

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos

Palabra clave 1:

Infarto

Palabra clave 2:

Técnicas de diagnóstico cardiovascular

Palabra clave 3:

Seguridad

Palabra clave 4:

Electrocardiograma

Resumen:

El diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en urgencias requiere indagar sobre la sintomatología y realizar un electrocardiograma (ECG). El tiempo necesario para realizar un ECG debe ser estipulado en los protocolos asistenciales.

Se realiza un estudio descriptivo con búsqueda en bases de datos sanitarias, referente a los últimos 10 años.

El tiempo que no debe superarse entre el primer contacto asistencial y la realización del ECG no debe ser mayor de 10 minutos según la evidencia científica, y por tanto este tiempo debe ser un criterio de calidad asistencial que determine criterios de seguridad del paciente en el proceso de dolor torácico.

En el futuro debería estudiarse la mejora en el pronóstico de estos pacientes con la reducción de dicho tiempo a 8 minutos como señalan algunos expertos.

Además parece fundamental adaptar la mecánica de trabajo de los servicios de urgencias y emergencias para asegurar la realización de la prueba diagnóstica en el menor tiempo posible, así como la sospecha de Síndrome coronario ante un paciente que presente dolor torácico de características típicas o atípicas.

Antecedentes/Objetivos:

Estimar la prevalencia de enfermedad coronaria es complicada. Un estudio de diez años de

duración la estima en 7,3% y 7,7% en hombres y mujeres respectivamente.

El diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo está basado en tres pilares: sintomatología, electrocardiograma y analítica sanguínea de enzimas cardiacos, pero la clínica y las modificaciones electrocardiográficas son suficientes para realizar un diagnóstico certero y definir el mejor tratamiento de reperfusión.

El objetivo general del presente estudio es: determinar el tiempo óptimo que debe pasar entre el primer contacto sanitario y la realización de un ECG que permita un diagnóstico correcto.

Descripción del problema - Material y método:

Tipo de estudio: revisión bibliográfica mediante la búsqueda en bases de datos bibliográficas secundarias: PudMed, biblioteca Cochare Plus y SciELO.

Las palabras claves empleadas se seleccionaron según descriptores DeCS (infarto de miocardio, técnicas de diagnóstico cardiovascular y seguridad) y MeSH (myocardial infarction, Diagnostic Techniques Cardiovascular and safety).

La búsqueda se realizó en dos idiomas: inglés y español.

La limitación por fechas fue desde enero de 2005 hasta diciembre de 2015.

Se incluyó todos los estudios y revisiones bibliográficas que cumplieran con grado de evidencia científica Ia, Ib y IIa.

Resultados y discusión:

La bibliografía científica parece estar de acuerdo en asumir que el diagnóstico urgente del paciente con dolor torácico se debe basar en la indagación en los signos y síntomas que presenta el paciente y en la realización de un electrocardiograma.

Además existe acuerdo en que el diagnóstico ampliado debe hacer uso de biomarcadores cardiacos, pero en una situación urgente, si no se puede disponer de marcadores, ésta no debe ser una causa para no llevar a cabo un tratamiento definitivo de un paciente.

La realización del electrocardiograma en nuestra asistencia a una persona con dolor torácico, cobra por tanto una gran importancia para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Las guías clínicas hablan de un tiempo entre el primer contacto sanitario y la realización del electrocardiograma diagnóstico que no supere los 10 minutos. Inicialmente podría parecer un tiempo excesivo, pero no lo es tanto si tenemos en cuenta el ámbito de la emergencia extrahospitalaria donde a veces las condiciones no son idóneas para la realización de la prueba o en el ámbito hospitalario donde la mayor sobrecarga asistencial puede demorar la asistencia. En ambos casos además hay que contar con la inexactitud de los síntomas que expresa el paciente, a veces definidos como dolor torácico "atípico", término que hoy en día está en desuso por tratarse de una forma de expresión del dolor torácico típico en determinados pacientes como son los ancianos, las mujeres y las personas diabéticas.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La seguridad del paciente forma parte de la calidad asistencial y su objetivo es reducir el daño innecesario en la atención al paciente. Los servicios de urgencias y emergencias deben asegurar dicha seguridad en todos y cada uno de sus procesos asistencial. El síndrome coronario agudo es además una entidad clínica de gran prevalencia en este ámbito sanitario, por lo que estimar los tiempos de respuesta en base a la evidencia científica existente al respecto es clave a la hora de asegurar la seguridad del paciente. Es frecuente el retraso en la realización de pruebas

diagnósticas básicas, como es el caso del electrocardiograma, en beneficio de otras técnicas de menor prioridad, lo cual retrasa el diagnóstico certero y el tratamiento adecuado así como el traslado al centro útil. La asignación de tiempos asistenciales asegura el cumplimiento de los protocolos asistenciales y la adaptación a la gestión por procesos que abogan por la seguridad en la asistencia.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

La principal línea de investigación que proponemos es la que se encamina a estudiar las mejoras en el pronóstico de la enfermedad si se reduce el tiempo entre primer contacto sanitario y realización del electrocardiograma a 8 minutos como ya algunos autores sugieren.

Otra posible línea de investigación estaría encamina a estudiar que profesional sanitario es el más idóneo para realizar el electrocardiograma en cada ámbito asistencial y de qué modo se debe organizar la asistencia para que dicho profesional pueda realizar la prueba en el menor tiempo posible.

Por último abogamos por estudiar si la reducción en el tiempo de respuesta diagnóstica no se asocia a la falta de información al paciente sobre la asistencia que se va a llevar a cabo.

Bibliografía:

1. ERC. GUIDELINES European Heart Journal. Bruselas: ERC;2012.
 2. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de seguridad del paciente del sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad; 2015.
 3. Pérez de Isla L, Avanzas P, Bayes-Ginis A, Sanchis J, Heras M. Enfermedades sistémicas y corazón. Rev Esp Cardiol. 2011;60-4.
 4. Pérez de Isla L, Avanzas P, Bayes-Ginis A, Sanchis J, Heras M. Innovación en cardiología. Rev Esp Cardiol. 2013;132:16-33.
 5. Thygesen K, alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, Whitw HD. Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2013;132:1-15
-