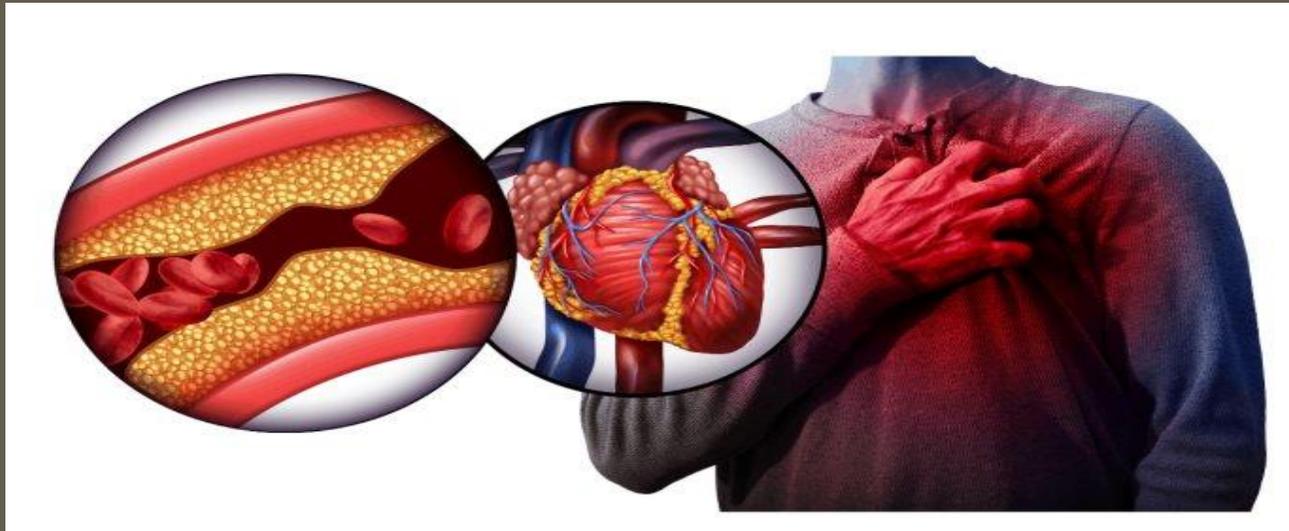


**SINTOMAS MÁS FRECUENTES Y SEÑALES DE DOLOR DE
ALERTA**

DOLOR DE PECHO

- Uno de los síntomas que más inquietud crea en los profesionales de los servicios de urgencias es el dolor torácico. Su etiología puede ser de lo más variopinta y va desde un dolor banal a ser la expresión de una enfermedad con elevada morbimortalidad. Un buen juicio clínico y el interés continuado por descartar todas aquellas enfermedades que pueden ser mortales conlleva una buena praxis médica.
- La dificultad en el diagnóstico de este síntoma radica en los siguientes puntos:
- *a)* existen muchas estructuras que están inervadas por fibras sensitivas correspondientes al mismo nivel medular;
- *b)* el dolor torácico puede deberse a una enfermedad banal o ser la expresión de un proceso potencialmente mortal;
- *c)* la correlación entre la intensidad del dolor y su gravedad es mala y totalmente subjetiva, y
- *d)* el electrocardiograma puede estar sólo alterado cuando el paciente tiene dolor y un 25% de los ECG que se ven en urgencias son normales y con posterioridad el paciente demanda nueva asistencia por un infarto agudo de miocardio.



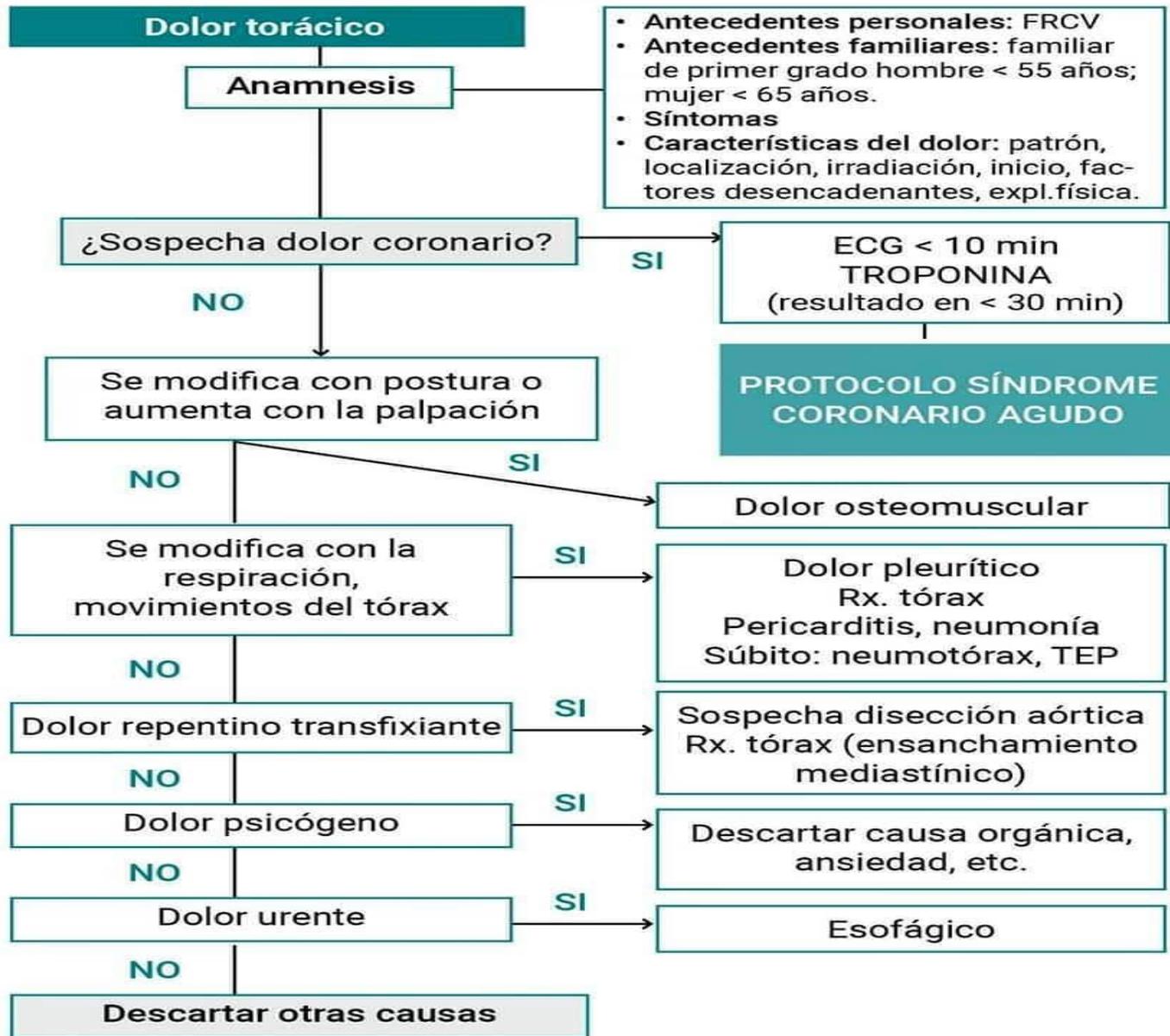
ETIOLOGIA

- Ante la llegada de un enfermo con dolor torácico a los servicios de urgencias la valoración inicial irá orientada a discernir si la etiología de este síntoma supone algún riesgo vital o no para el paciente. En la mayoría de los casos esto puede realizarse mediante la anamnesis y la exploración física apoyada en pruebas diagnósticas.
- A grandes rasgos, la etiología del dolor torácico se dividirá en: cardiovascular o en no cardiovascular, y a su vez estos dos grandes grupos se desglosarán en distintas enfermedades

TABLA 1
Causas de dolor torácico

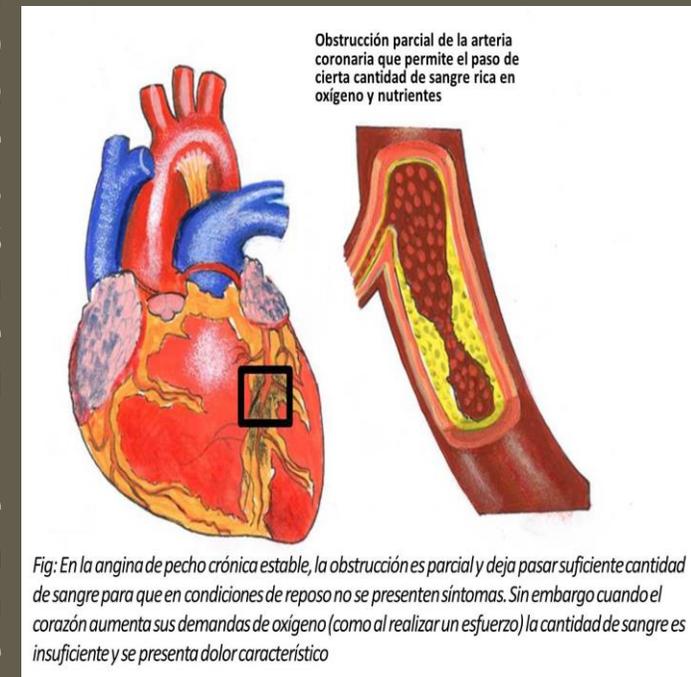
Cardiovascular:
Angina
Diseccción aórtica
Miocarditis
Pericarditis
Prolapso válvula mitral
No cardiovascular
Digestivas
Espasmos esofágicos
Reflujo gastroesofágico
Úlcus péptico
Gastritis
Pancreatitis
Enfermedad biliar
Respiratoria
Neumotórax
Tromboembolia pulmonar
Hipertensión pulmonar grave
Neumonía
Musculosqueléticas y parietal
Costocondritis (Tietze)
Herpes/neuralgias
Psicógenas
Ansiedad
Hiperventilación

- El dolor cardiovascular puede ser isquémico o no isquémico. El dolor no cardiovascular puede clasificarse en: de origen pleuropulmonar, digestivo, neuromuscular o esquelético y psicológico.
- **Historia clínica**
- Una de las armas más importantes para poder discernir y examinar el diagnóstico y el tratamiento es la historia clínica.
- **Anamnesis**
- Es muy importante recoger información sobre los factores de riesgo del paciente para padecer una enfermedad coronaria (edad, sexo, diabetes, hiperlipemia, hipertensión, tabaquismo, consumo de cocaína, antecedentes de cardiopatía isquémica, antecedentes personales). También se hará un cribado para intentar descartar tromboembolia pulmonar (inmovilización prolongada, alteraciones de la coagulación, fracturas de fémur o pelvis, insuficiencia cardíaca congestiva, etc.).
- **Exploración física**
- En el paciente con dolor centro torácico hay que buscar todos los datos objetivos que pueden apuntar algún tipo de afección. Se deben monitorizar la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el número de respiraciones, la temperatura y el pulso. Es aconsejable tomar la presión arterial en los dos brazos en caso de que se sospeche disección de aorta.



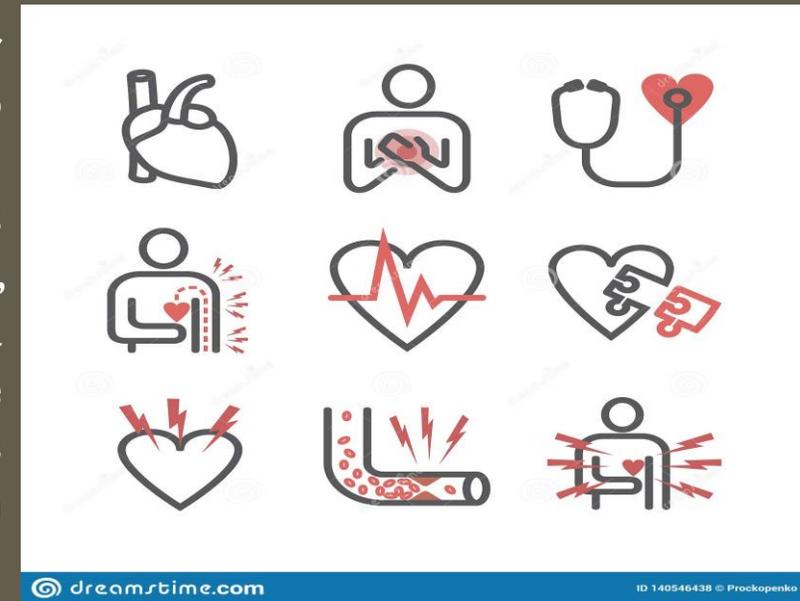
CAUSAS CARDIOVASCULARES ANGINA DE PECHO

- **¿En qué consiste la angina de pecho?**
- La angina de pecho, o simplemente **angina**, es un dolor o molestia temporal en el pecho causada por la disminución del flujo sanguíneo hacia el músculo cardíaco. Debido a la disminución del flujo sanguíneo, no hay suficiente oxígeno en el músculo del corazón, lo que resulta en dolor de pecho. Una de las causas más comunes de la angina de pecho es la enfermedad de las arterias coronarias, que puede provocar el estrechamiento de las arterias coronarias que llevan sangre y oxígeno al músculo del corazón. Si bien la angina no es un ataque al corazón, su presencia indica un mayor riesgo de padecer un ataque al corazón. Busque atención médica de inmediato si experimenta cualquier dolor o molestia en el pecho.
- Existen dos tipos principales de angina: estable e inestable. La angina de pecho estable, el tipo más común, se desarrolla durante la actividad física y en general dura poco tiempo (unos cinco minutos o menos), si se ha finalizado la actividad física. La angina inestable es menos común y ocurre generalmente durante los períodos de descanso. Por lo general, la angina inestable dura más tiempo y los síntomas pueden ser más severos



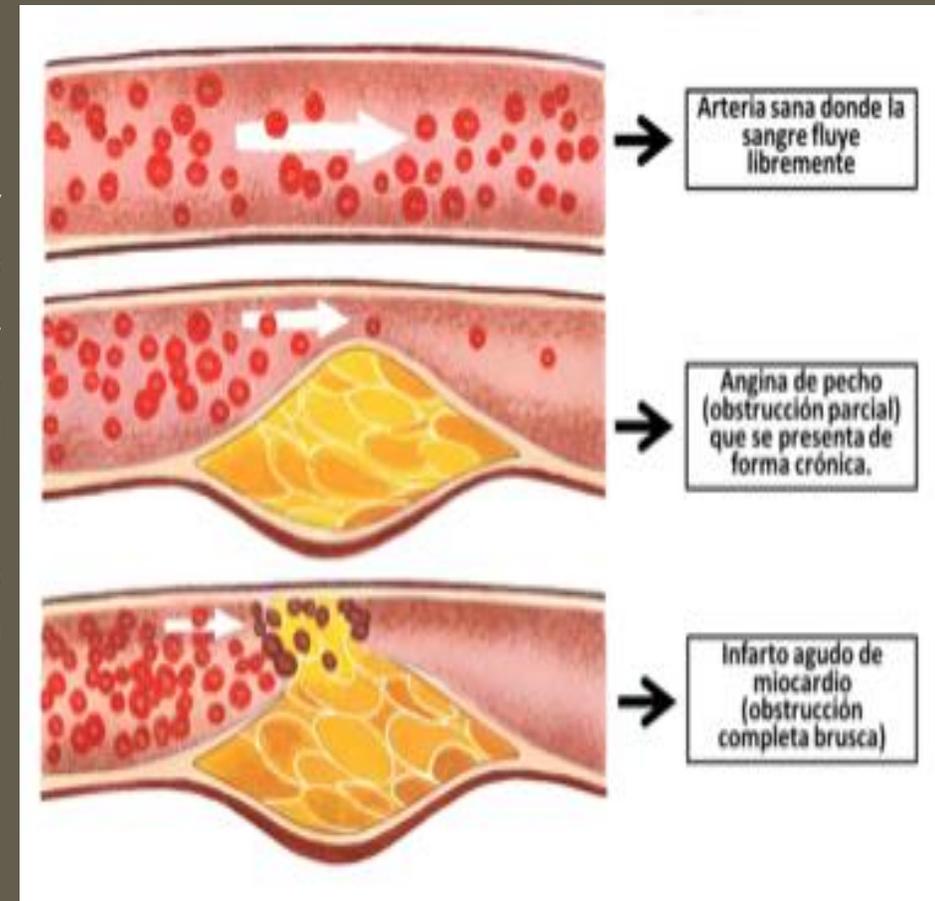
LOS SÍNTOMAS

- El síntoma más común de la angina es el dolor de pecho. También puede causar dolor en uno o ambos hombros, en la garganta, mandíbula, cuello, espalda o brazos. El dolor de la angina suele durar unos minutos solamente. Con frecuencia el dolor de la angina lo causa el ejercicio físico. Otros desencadenantes son: estrés, emociones fuertes como la ira o excitación, temperaturas bajas, clima con viento y las comilonas. Otros síntomas de la angina son: dificultad al respirar, sensación de ahogo, sudoración, sensación de náuseas y agotamiento. Muchas de las personas con angina solo tienen algunos de estos síntomas y si la angina es leve es posible que no tengan ningún síntoma.



LAS CAUSAS

- La angina aparece cuando las arterias coronarias se estrechan demasiado y no pueden aportar bastante sangre al corazón. La razón más común de que se estrechen es la aterosclerosis. La aterosclerosis es una enfermedad que hace que sustancias grasas, denominadas placas, se depositen en las arterias. La placa forma masas que finalmente reducen el flujo sanguíneo a través de la arteria.
- Entre las causas menos comunes de la angina tenemos la compresión de las arterias coronarias por algo cercano a ellas, la inflamación o infección de las arterias, y las enfermedades de las válvulas del corazón.



ARTEROSCLEROSIS

- Acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias.
- Acumulación de la placa de ateroma en las paredes de las arterias que ocasiona la obstrucción de la irrigación sanguínea. Las placas pueden desprenderse y provocar la oclusión aguda de la arteria mediante un coágulo.
- A menudo, la aterosclerosis no presenta síntomas, hasta que la placa se desprende o la acumulación es lo suficientemente grave como para obstruir la irrigación sanguínea.
- A menudo, la placa empieza a acumularse durante la niñez y empeora con la edad. Los factores de riesgo incluyen niveles poco saludables de colesterol, hábitos del estilo de vida que no son saludables y los genes

EL DIAGNÓSTICO

- Normalmente, la angina puede diagnosticarse por los síntomas. También puede hacerse un electrocardiograma (ECG), que es una prueba para medir la actividad del corazón. Esto puede confirmar el diagnóstico y mostrar las lesiones coronarias. Si nunca ha tenido angina de pecho y nota los síntomas, deberá ponerse en contacto con su médico de familia o dirigirse al departamento de urgencias del hospital más cercano. Si ya ha tenido angina anteriormente, deberá recibir atención médica inmediatamente si los síntomas de angina lo despiertan por la noche, si son peores de lo normal, si duran más de lo normal o si se dan con más frecuencia de lo normal.

EL TRATAMIENTO

- El fármaco glicerilo trinitrato puede controlar el dolor de angina y a menudo se receta para su uso durante un ataque de angina de pecho. La angina leve o moderada puede tratarse con medicamentos que ensanchan las arterias, como los nitratos, betabloqueantes o calcioantagonistas. Si tiene angina grave, puede ser necesaria la intervención quirúrgica para ensanchar las arterias (angioplastia coronaria) o una operación de bypass (revascularización quirúrgica). La toma diaria de una dosis baja de aspirina puede impedir la formación de coágulos sanguíneos y reducir el riesgo de infarto de miocardio.



LA PREVENCIÓN

- Un estilo de vida sana es la mejor forma de mantener un corazón saludable y prevenir la angina. Puede mejorarse la salud del corazón manteniendo un peso corporal sano, haciendo ejercicio regularmente, teniendo una alimentación baja en colesterol y grasas y dejando de fumar. Una dosis baja y diaria de aspirina (75-150mg) puede impedir la formación de coágulos sanguíneos y es recomendable para quienes tienen angina.



CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA

- Mantener un ambiente tranquilo dentro de la unidad para favorecer el descanso continuo y disminuir la ansiedad.
- Verificar la receta o la orden antes de administrar el fármaco
- Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Realizar ECG completo en el momento de la angina, para determinar el tipo de angina, y monitorizar durante las primeras 12 horas para determinar arritmias.
- Asistir al paciente durante su movilización en la cama.
- Realizar cambios de posición y lubricación de la piel cada 2 a 4 horas.
- Posición semifowler 45°
- Evaluar el dolor torácico: (intensidad, localización y la duración)
- Evaluar la monitorización hemodinámica no invasiva: Especialmente de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca.
- Proporcionar oxígeno suplementario continuo mediante mascarilla facial para mejorar el intercambio gaseoso y la oxigenación de los tejidos.
- Valorar continuamente la saturación de oxígeno.
- Explicar brevemente todos los tratamientos y procedimientos antes de realizarlos durante la estancia del enfermo.
- Durante la estancia hospitalaria, dieta blanda.
- Darle información sobre los alimentos que no puede comer (sal, embutidos, dulces...). Pedir a la paciente que visite a la enfermera de su centro de salud para que realice un control del peso y la hipertensión arterial (HTA)

CASO CLÍNICO

- El varón de 60 años, remitido a la consulta externa de cardiología por el médico de familia por «dolor torácico al caminar desde hace medio año», es empleado de banca, sin alergias conocidas, fumador activo de una cajetilla al día desde 40 años antes y con antecedente de hipertensión arterial (HTA) mal controlada con tratamiento farmacológico. También sufre dislipemia y diabetes mellitus (DM), para la que toma hipoglucemiantes orales. No refiere otros antecedentes de interés y niega antecedentes familiares de cardiopatía. Su tratamiento habitual es amlodipino 5mg, simvastatina 40mg y metformina 850mg. Durante el interrogatorio, el paciente explicó que, desde aproximadamente 4 meses antes, tenía dolor torácico de características opresivas, irradiado al cuello, con sensación acompañante de falta de aire, y que aparecía cuando realizaba esfuerzos moderados como subir más de dos pisos de escaleras o en momentos de estrés laboral importante; que esta molestia desaparecía tras reposar unos 5min, y que el nivel de esfuerzo al que se iniciaba no se había modificado. No presentaba síntomas que indicaran insuficiencia cardíaca y negaba tener palpitaciones. En cambio, sí tenía molestias en ambas pantorrillas cuando caminaba más de cuatro o cinco manzanas, y su mujer explicó que, desde hacía años, «ronca y se queda dormido leyendo el periódico». La exploración física muestra a un varón de constitución pícnica, con una obesidad de predominio central (talla, 167cm; peso, 100kg; índice de masa corporal=35,8).

- Su presión arterial era de 155/95mmHg y la frecuencia cardiaca, 89 lpm. La auscultación cardiaca reveló tonos apagados, rítmicos, con soplo suave en la punta, sin frémito asociado. Ambos hemitórax se expandían con normalidad y no había ruidos agregados a la auscultación respiratoria. El abdomen era globuloso y blando al tacto, sin signos de congestión venosa en el examen físico. Los pulsos se palpaban con normalidad y eran simétricos, salvo el pulso pedio de ambos pies, débil. En la misma consulta se realizó un electrocardiograma (ECG), que muestra un ritmo sinusal con una extrasístole auricular: PR, 150ms; eje, 30°; QT, 360ms; ondas Q y T aplanadas en DIII. Con la sospecha diagnóstica de angina de primera presentación estable, y dadas su frecuencia cardiaca y sus cifras de presión arterial, se añadió ácido acetilsalicílico 100mg y bisoprolol 5mg a su tratamiento y se solicitó una prueba de esfuerzo, una analítica sanguínea completa, una radiografía y una ecocardiografía. También se solicitó valoración por neumología para el estudio de un posible síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).La ergometría resultó clínica y eléctricamente positiva para isquemia miocárdica al comienzo del tercer estadio según el protocolo de Bruce (7 MET 105x', infradesnivel horizontal de 1mg en V4-V6). Una ecocardiografía (limitada por una ventana acústica deficiente) mostró un ventrículo izquierdo (VI) de aspecto globuloso, ligeramente dilatado y con ligera hipertrofia septal.



¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!