



Súper nota

Nombre del alumno (a): Lucero del Milagro Bastard Mazariego.

Nombre del tema: Dolor de pecho.

Parcial: 3°.

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales.

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 9°.



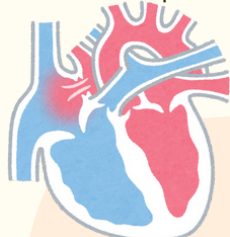
LUCERO BASTARD

DOLOR DE PECHO



El dolor en el pecho es un dolor o malestar en el área entre el cuello y el abdomen. Este dolor puede ser punzante o profundo. Puede aparecer y desaparecer, o puede que siempre sientas el dolor. Los síntomas exactos dependen de la causa.

Muchas cosas diferentes pueden ocasionar dolor en el pecho. Las causas que ponen en mayor riesgo la vida afectan el corazón o los pulmones. Por eso es importante obtener asistencia médica para tener un diagnóstico preciso.

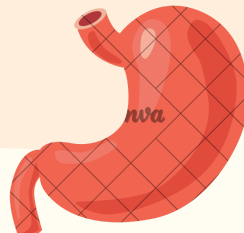


FISIOPATOLOGÍA



El corazón, los pulmones, el esófago y los grandes vasos proporcionan información aferente a través de los ganglios autónomos torácicos. Un estímulo doloroso que se origina en estos órganos se percibe en general como procedente del tórax, aunque como todas las fibras nerviosas aferentes llegan a los ganglios dorsales, el dolor torácico también puede percibirse (como dolor referido) en algún otro sitio entre el ombligo y el oído, incluidos los miembros superiores.

Los estímulos dolorosos provenientes de los órganos torácicos pueden causar molestias descritas como opresión, desgarró, distensión con necesidad urgente de eructar, indigestión, pirosis o dolor. Con escasa frecuencia, se informan otras descripciones del dolor torácico, como punzante o dolor agudo tipo pinchazo de aguja. Muchos pacientes con molestias de origen visceral niegan haber tenido dolor e insisten en que es una simple “molestia”.



ETIOLOGÍA

- Ataque cardíaco (falta de sangre al corazón).
- Enfermedad de la arteria coronaria (EAC, un estrechamiento o bloqueo en las arterias del corazón).
- Disección de la arteria coronaria (desgarro en una arteria del corazón).
- Pericarditis (saco inflamado alrededor del corazón).
- Miocardiopatía hipertrófica (músculo cardíaco grueso).
- Disección aórtica (desgarro en la arteria más grande).
- Aneurisma aórtico (área débil en la arteria más grande).
- Prolapso de la válvula mitral (válvula cardíaca sin sello hermético).
- Estenosis aórtica (válvula del corazón que bloquea el flujo sanguíneo porque no se abre).
- Problemas del ritmo cardíaco .
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE o reflujo ácido crónico).
- Úlceras (llagas en el revestimiento del estómago).
- Espasmos musculares en el esófago (tubo alimentario).
- Esofagitis (inflamación del tubo digestivo).
- Cálculos biliares (líquido digestivo endurecido).
- Hernia hiatal (parte del estómago que se desplaza hacia el tubo digestivo).
- Gastritis (inflamación del revestimiento del estómago).
- Pancreatitis (páncreas inflamado).
- Embolia pulmonar (EP, un coágulo de sangre en el pulmón).
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC o enfermedad pulmonar).
- Neumonía (infección pulmonar).
- Pleuresia o pleuritis (revestimiento inflamado de los pulmones).
- Neumotórax (colapso pulmonar).
- Hipertensión pulmonar (presión arterial alta en las arterias pulmonares).
- Asma (vías respiratorias estrechas).
- Fractura de costilla (costilla rota).
- Esguince muscular en el pecho.
- Costocondritis (cartílago del pecho hinchado).
- Herpes zóster (infección y sarpullido).
- Cáncer de pulmón .
- Ataque de pánico (sensación repentina de miedo).



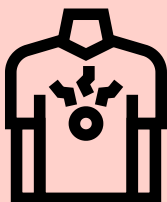
SINTOMATOLOGÍA POR LOCALIZACIÓN



Dolor de tipo coronario (angina de pecho o infarto de miocardio): Suele ser un dolor de tipo opresivo. Puede irradiarse hacia el brazo izquierdo, el cuello o las mandíbulas. Por regla general, se acompaña de sintomatología general con malestar, sudoración profusa, sensación nauseosa e incluso vómitos y sensación de disnea.

Dolor pericardítico: Es un dolor opresivo punzante, localizado en el centro del pecho y que típicamente aumenta con los movimientos respiratorios.

Dolor esofágico o digestivo (esofagitis, hernia de hiato): El dolor es de tipo punzante o quemante en toda la zona retroesternal llegando incluso, en ocasiones, hasta la garganta.

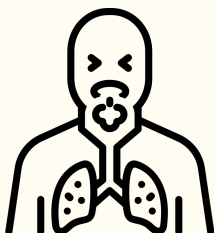
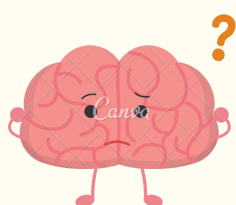


Dolor pleuropulmonar (neumonía, pleuritis, neumotórax, tumores, etc.): Habitualmente es un dolor más localizado a nivel de los costados, que aumenta con los movimientos respiratorios o con la tos.

Dolor osteomuscular (fracturas costales, osteocondritis, desgarró musculares): Dolor generalmente localizado que aumenta con la movilización del tronco, desapareciendo o mejorando en reposo.

Dolor neurítico (herpes zoster): dolor quemante, que afecta por lo general a un costado, abarcando desde la espalda hasta la zona anterior del tórax.

Dolor de origen nervioso o psicógeno: Suele ser un dolor punzante a punta de dedo (como pinchazos).



SIGNOS DE ALARMA

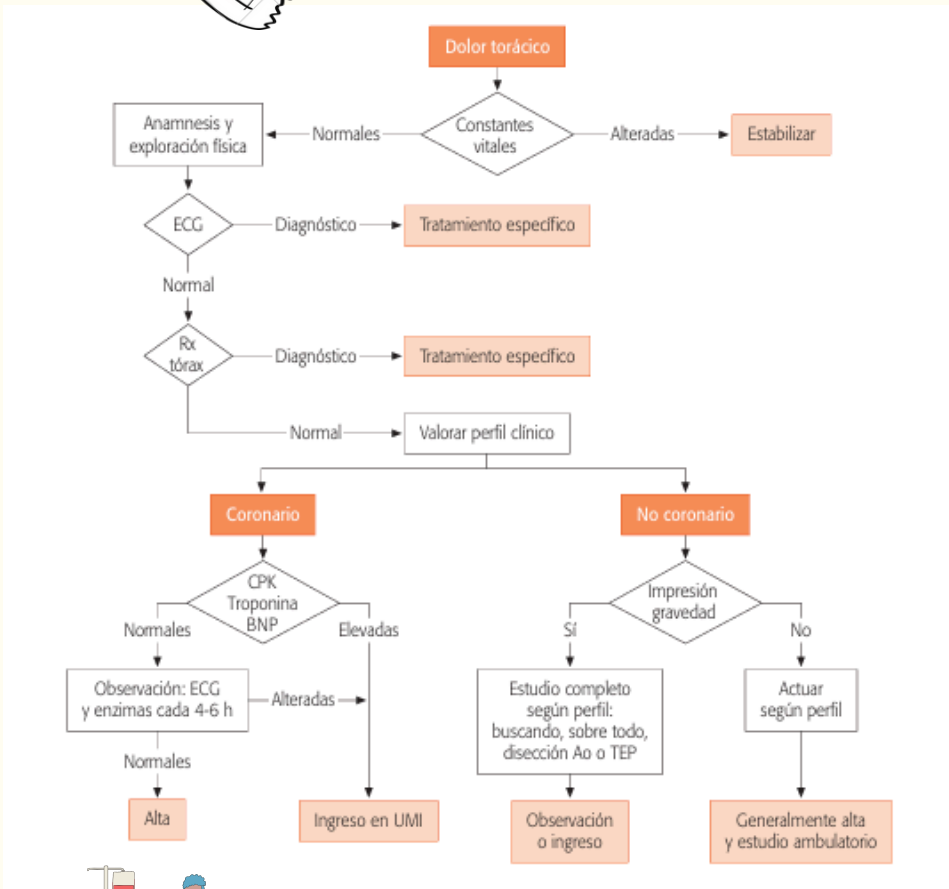
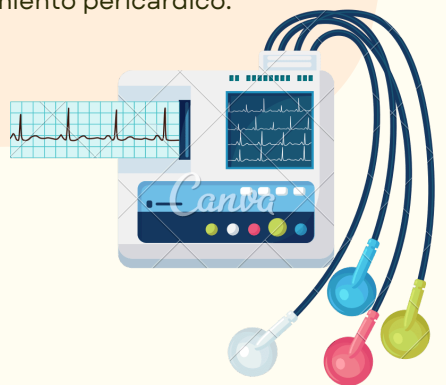
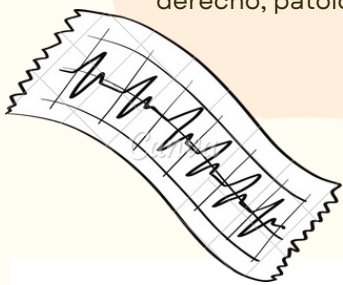
- Signos vitales anormales (taquicardia, bradicardia, taquipnea, hipotensión arterial)
- Signos de hipoperfusión (p. ej., confusión, cianosis, sudoración)
- Disnea
- Hipoxemia en la oximetría de pulso
- Murmullo vesicular o pulsos asimétricos
- Soplos cardíacos de comienzo reciente
- Pulso paradójico > 10 mmHg

LUCERO BASTARD

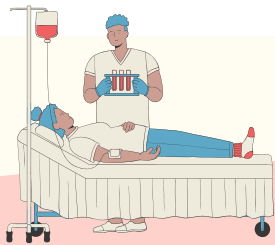
DOLOR DE PECHO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las pruebas pueden incluir ECG, biomarcadores cardíacos y estudios de diagnóstico por imágenes. En los adultos con dolor torácico agudo, deben excluirse amenazas inmediatas para la vida. En un principio, en la mayoría de los pacientes es necesario realizar una oximetría de pulso, un ECG y una radiografía de tórax. A veces, particularmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica, una ecografía a la cabecera del paciente o un ecocardiograma completo también pueden ser útiles para una evaluación adicional de las causas potencialmente mortales. La ecocardiografía puede ser particularmente útil para identificar disfunción ventricular izquierda o derecha, evidencia de sobrecarga de presión en el ventrículo derecho, patología valvular, derrames pericárdicos y signos de taponamiento pericárdico.



ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO (EXTRAÍDO Y MODIFICADO DEL PROCESO DOLOR TORÁCICO GENÉRICO).



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Valorar características del dolor y síntomas acompañantes.
- Minimizar la ansiedad del paciente, informándole de los procedimientos que se le van a realizar, ofreciéndole apoyo emocional y evitar que el paciente se encuentre solo.
- E.C.G: anotando nombre del paciente, fecha, hora , T.A y síntomas (dolor, sudación, mareo, náuseas etc...).
- Tensión arterial.
- Administración de oxígeno.
- Administración de vasodilatadores coronarios: NTG sublingual si la T.A > 100 mmHg . Se le indicará al paciente que debe partir con los dientes la pastilla, ponérsela debajo de la lengua y procurar no tragar saliva; en caso de no tener dentadura se la partiremos nosotros.
- Si el paciente lleva perfusión de solinitrina se le dará también NTG sublingual.
- Avisar al médico de guardia.
- Pedir al paciente que nos informe de cualquier cambio de las características del dolor o cualquier síntoma que presente.
- Si el dolor no cede en cinco minutos, volver a tomar TA y si esta lo permite dar otra NTG sublingual, se pueden dar un máximo de 3 comprimidos.
- Canalizar vía periférica y heparinizarla si no la lleva.
- Esperar la valoración médica .

1. Evalúe las características del dolor, anotando la ubicación y el tipo de dolor.

Es importante distinguir cuándo comenzó el dolor torácico, los factores desencadenantes, las características del dolor, su duración y la ubicación para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

2. Evaluar los resultados de las pruebas diagnósticas.

Con frecuencia, se realiza un ECG de 12 derivaciones de inmediato en pacientes con dolor torácico para confirmar o descartar un infarto de miocardio.

3. Evaluar antecedentes de dolor torácico.

Evaluar si el paciente tiene antecedentes de dolor torácico y si este dolor se asemeja a otros episodios puede ayudar a la enfermera a orientar el tratamiento.

4. Administre analgésicos según lo indicado.

El tratamiento farmacológico para el dolor torácico busca aliviar el dolor y reducir el riesgo de infarto de miocardio y muerte. Se administran medicamentos como nitratos de acción corta, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, analgésicos y bloqueadores de los canales de calcio para promover la perfusión miocárdica.

5. Administre oxígeno suplementario si es necesario.

Se administra oxígeno suplementario para aumentar la oxigenación del miocardio. Si los niveles de oxigenación son normales, esto podría no ser necesario.

6. Prepárese para pruebas adicionales.

Las pruebas de esfuerzo, los ecocardiogramas y las angio-TC evalúan la necesidad de tratamiento adicional. Estas pruebas pueden visualizar obstrucciones en las arterias coronarias.

7. Educar al paciente.

Asegurarse de que comprenda cómo reconocer y tratar la angina estable. Educarle sobre la administración de tabletas de nitroglicerina y cuándo buscar ayuda adicional.

8. Evalúe los sentimientos de miedo/ansiedad del paciente.

Hable con él sobre los pensamientos y sentimientos exactos que experimenta. La enfermera puede ayudar a aliviar el miedo innecesario después de que el paciente exprese sus preocupaciones.

9. Proporcione seguridad verbal y física.

Brindar apoyo y tranquilidad mientras el paciente verbaliza sus miedos y emociones puede ayudar a reducir su ansiedad. La enfermera también puede frotarle la espalda con calma o tomarle la mano para ofrecerle apoyo físico.

10. Explore con el paciente mecanismos de afrontamiento positivos.

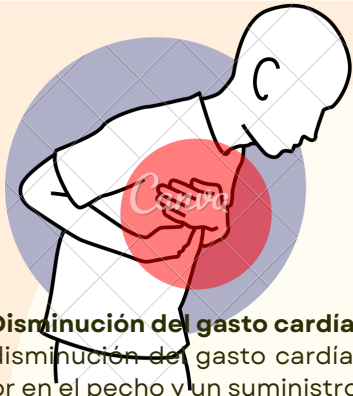
El dolor torácico, la disnea y otros síntomas pueden ser alarmantes. Enséñele estrategias para calmarse, como ejercicios de respiración o distracciones.

11. Administre ansiolíticos.

El miedo y la ansiedad pueden ser perjudiciales para el organismo y empeorar los resultados. Administre benzodiazepinas si es necesario para promover la relajación y reducir el miedo.

12. Arme con conocimiento .

Un paciente con confianza en el control y la gestión de su salud experimentará menos miedo y ansiedad. Hable sobre el dolor torácico, los síntomas y el tratamiento del paciente una vez que la amenaza haya desaparecido para que se sienta en control.



LUCERO BASTARD

DOLOR DE PECHO



13. Disminución del gasto cardíaco

La disminución de gasto cardíaco puede ser causada por un flujo sanguíneo insuficiente al corazón, lo que produce dolor en el pecho y un suministro deficiente de sangre oxigenada (gasto cardíaco) en todo el cuerpo.

14. Vigile la frecuencia cardíaca.

La mayoría de los episodios de angina comienzan con un aumento de la frecuencia cardíaca a medida que el corazón intenta compensar.

15. Obtenga un ECG.

La prueba de esfuerzo con ejercicio o medicación, la imagen de perfusión nuclear y el cateterismo cardíaco diagnóstico son pruebas útiles. Las alteraciones del ECG, como la elevación del segmento ST, la fibrilación auricular o los ritmos taquicárdicos, motivan el tratamiento posterior.

16. Revise los resultados de laboratorio.

Un hemograma completo (HC) identifica trastornos como leucemia, anemia e infecciones. También mide los glóbulos rojos que transportan oxígeno. Un panel metabólico básico (PMB) mide los niveles de electrolitos y la función renal. Ambas pruebas indican la cantidad suficiente de sangre oxigenada que llega del corazón a los diferentes órganos.

17. Trate la causa subyacente.

Factores no cardíacos, cardiopatías no isquémicas e isquémicas pueden causar dolor torácico, lo que resulta en un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno del corazón.

- Las causas no cardíacas incluyen enfermedades pulmonares, problemas musculoesqueléticos, ataques de ansiedad/pánico y enfermedad por reflujo gástrico.
- La enfermedad pericárdica es una posible causa cardíaca no isquémica.
- La aterosclerosis de la arteria coronaria y el infarto de miocardio son causas comunes de isquemia cardíaca.

18. Control de factores de riesgo.

La presión arterial, el colesterol y la glucemia son factores de riesgo controlables. Eduque a los pacientes sobre la medicación y las modificaciones en el estilo de vida para reducir sus riesgos individuales.

19. Fomentar la participación y la adherencia a las modificaciones del estilo de vida.

Las modificaciones del estilo de vida reducen la acumulación de placa y disminuyen el daño a los vasos sanguíneos para mantener un flujo sanguíneo adecuado. El ejercicio regular, mantener un peso saludable y dejar de fumar son cambios en el estilo de vida que deben incluirse en la educación del paciente.

20. Administre los medicamentos según lo prescrito.

Los antianginosos, como la nitroglicerina, proporcionan un alivio inmediato de la angina. El objetivo general del control sintomático es reducir la demanda de oxígeno del miocardio.

21. Controle la frecuencia cardíaca.

Tres medicamentos para la angina de pecho (betabloqueantes, ivabradina y bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos) reducen los síntomas al disminuir la frecuencia cardíaca. Los bloqueadores de los canales de calcio no deben administrarse a pacientes con fracción de eyección baja e insuficiencia ventricular izquierda.

22. Evalúe los síntomas y el riesgo de alteración de la perfusión tisular cardíaca.

El dolor torácico, la disnea, la diaforesis, la indigestión y la ansiedad asociada pueden indicar una disminución de la perfusión cardíaca.

23. Monitorizar la telemetría.

La presión arterial, el pulso, el ECG y la saturación de O₂ deben monitorizarse continuamente para detectar posibles cambios.

24. Reducir la carga cardíaca.

El oxígeno suplementario favorece la oxigenación. Recomendar el reposo en cama o limitar la actividad para prevenir el consumo de oxígeno y reducir la carga cardíaca.

25. Prepárese para intervenciones quirúrgicas.

El cateterismo cardíaco permite visualizar arterias estrechas o bloqueadas y permitir la colocación de un stent. Podría requerirse una cirugía de revascularización coronaria (CABG) para redirigir la sangre al corazón.

26. Educar al paciente sobre las modificaciones en el estilo de vida.

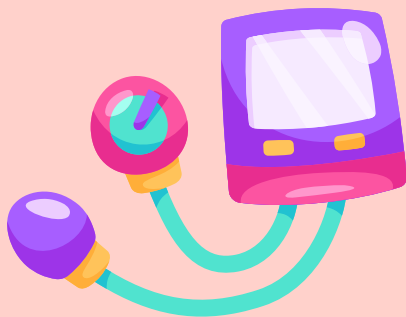
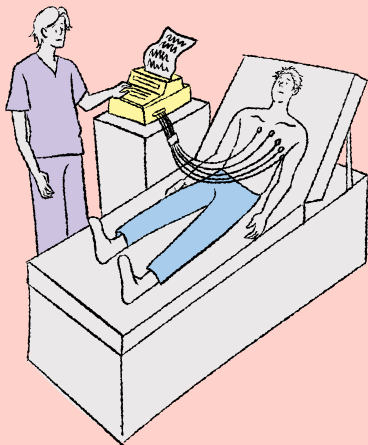
El tratamiento de la causa subyacente requiere modificaciones en el estilo de vida, como reducir el consumo de sodio y grasas, dejar de fumar y aumentar la actividad física.

27. Medir la presión arterial del paciente rutinariamente.

En la angina inestable, la demanda de oxígeno aumenta en reposo, mientras que en la angina estable, durante el esfuerzo. El aumento de la demanda de oxígeno miocárdica inducido por el ejercicio es la principal causa del aumento de la demanda de oxígeno miocárdica.

28. Evalúe los síntomas subjetivos.

Pregunte si el paciente siente alguna vez que el corazón se le salta latidos o si experimenta dolor de cabeza, aturdimiento o mareos. El paciente podría estar experimentando síntomas de hiper o hipotensión.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dolor en el pecho. (s/f). Mayoclinic.org. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/chest-pain/symptoms-causes/syc-20370838>
2. Thompson, A. D., & Shea, M. J. (2024, agosto 5). Dolor torácico. Manual MSD versión para profesionales; Manuales MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/s%C3%ADntomas-de-las-enfermedades-cardiovasculares/dolor-tor%C3%A1cico?ruleredirectid=757>
3. Chest pain. (2020, enero 15). Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/21209-chest-pain>
4. Varo, J. J. (s/f). Dolor torácico. <https://www.cun.es>; Clínica Universidad de Navarra. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-toracico>
5. Dolor torácico. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003079.htm>
6. Dolor de pecho: Primeros auxilios. (s/f). Mayo Clinic. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-chest-pain/basics/art-20056705>
7. Thompson, A. D., & Shea, M. J. (2024, agosto 2). Dolor torácico. Manual MSD versión para público general; Manuales MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-coraz%C3%B3n-y-los-vasos-sangu%C3%ADneos/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-cardiovasculares/dolor-tor%C3%A1cico?ruleredirectid=757>
8. Ión, I. (s/f). M.V. Hidalgo Sanjuán, M.C. Vera Sánchez, L. Piñel Jiménez, A. Ruiz Martín. Neumosur.net. Recuperado el 5 de julio de 2025, de https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/22-DOLOR_TORACICO-Neumologia-3_ed.pdf
9. Barbeito, B. L., & Manjon, E. V. (s/f). Dolor torácico. Clínic Barcelona. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/vida-saludable/dolor-toracico>
10. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (s/f). Chospab.es. Recuperado el 5 de julio de 2025, de <https://www.chospab.es/enfermeria/cardiologia/protocolos/dolorprecordial/dolorprecordial.htm>
11. Wagner, M. (2022, septiembre 24). Chest pain (angina): Nursing diagnoses & care plans. NurseTogether. <https://www.nursetogether.com/chest-pain-angina-nursing-diagnosis-care-plan/>