

Dolor torácico • Actuación de Enfermería ante un dolor precordial

C. Cendra Cembrero, C. Abril Aguado, J. García Iglesias, B. Nieto Pastor, M. Payo Fernández, M.A. Pérez Liébana, G. del Río García, I. Rodríguez Varela, A. Sanz Alonso
ATS Servicio de Urgencias Hospital Lorenzo Ramirez
Palencia

En el presente trabajo sobre el dolor torácico, se ha intentado hacer un estudio de sus distintas causas, haciendo hincapié en el dolor precordial como síntoma de una cardiopatía isquémica.

Intentamos establecer un protocolo sencillo de actuación de enfermería con este tipo de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital Lorenzo Ramirez de Palencia.

DOLOR TORACICO. ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN DOLOR TORACICO

El dolor torácico constituye una de las causas más frecuentes de consulta en un servicio de urgencias, y conlleva, generalmente, un grado importante de ansiedad ante el temor de que pueda ser síntoma de una cardiopatía isquémica (infarto de miocardio).

El enfoque de la actuación ante un paciente con dolor torácico va a depender de que se establezca un diagnóstico etiológico de presunción, ya que puede estar presente en pacientes con una patología "grave" (como sería el caso de una cardiopatía isquémica) lo cual requeriría unas medidas de actuación inmediatas al constituir una emergencia, o estar presente en pacientes con una patología "leve" como sería el caso de un cuadro miálgico o en un estado de ansiedad.

Las posibles **causas de dolor torácico**, como vemos en la Tabla I son muy numerosas.

Nuestro primer objetivo será el dilucidar si el paciente que acude a urgencias por un dolor torácico (del que hemos visto todas las posibles causas) es portador de una patología grave que constituye una emergencia o es portador de una patología que aunque pueda revestir gravedad no requiere en un principio este tipo de medidas.

TABLA I

CAUSAS DOLOR TORACICO

CARDIOVASCULARES:

I.A.M.
ANGINA DE PECHO
PERICARDITIS
DISECCION AGUDA DE AORTA

PULMONARES:

EMBOLIA AGUDA DE PULMON
PLEURITIS
NEUMOTORAX

GASTROESOFAGICAS:

ESPASMO ESOFAGICO
REFLUJO GASTROESOFAGICO
ROTURA ESOFAGICA

PARED TORACICA:

COMPRESION RADICULAR
COSTOCONDRIITIS
HERPES ZOSTER

MEDIASTINITIS

NEUROSIS CARDIACA

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN DOLOR TORACICO

1º. Admisión del paciente, toma de constantes.

El paciente será recibido por un ATS que recogerá unos datos clínicos -motivo de consulta- y tomará las constantes vitales. Ya desde este primer paso deberá enfocarse al paciente para ser atendido como una "emergencia" o una "urgencia normal".

Se hará hincapié en: DOLOR típico de angina, intensidad de éste, y si está presente en el momento de ser recibido el enfermo, se observará si el paciente tiene un "mal aspecto" (sudoración fría, cianosis, taquipnea) preguntar por antecedentes de cardiopatía isquémica.

A este tipo de pacientes, si además presentan constantes vitales alteradas se les dará una prioridad absoluta en su atención, y serán trasladados al box de UCI.

Se tranquilizará al paciente. "No mencionar nunca la palabra infarto o angina".

2º. Registro de ECG

Se realizará un ECG, y si el estado del paciente lo aconseja se le pondrán unos electrodos para monitorización. Se avisará ya al médico de guardia.

Al realizar el electrocardiograma se vigilará la presencia de arritmias "peligrosas" extrasístoles ventriculares-, así como cambios en el segmento ST que sugieran una cardiopatía isquémica. Queremos aclarar que sólo pretendemos hacer un diagnóstico aproximativo basándonos en unos conocimientos básicos de ECG fruto de un curso básico que recibimos y del comentar diariamente los ECG más demostrativos.

3º. Administración de nitroglicerina sublingual.

Un comprimido y si no cediera el dolor, un segundo.

Esto lo haremos en todos los pacientes salvo en los que presenten una hipotensión severa (cifras de 90 o menos de máxima).

4º. Canalización de una vena.

Se aprovechará la vía para extraer sangre y realizar determinaciones analíticas. Habitualmente se solicita -urea, glucosa, iones, CPK, LDH, hemograma. Extracción de gasometría arterial.

5º. Administración de oxígeno.

Lo haremos a un flujo del 24%, será posteriormente el médico quien decida la continuación de esta administración y la variación de la intensidad del flujo.

6º. Monitorización del paciente si su estado lo requiriere.

Estas medidas aunque han sido expuestas en un determinado orden, en la práctica se realizan simultáneamente, mientras tanto habrá acudido el médico de guardia y en todo momento se informará a los familiares de las exploraciones que se están realizando.

El otro grupo de pacientes sería aquel que no constituyen una emergencia médica. Al recoger los datos clínicos no tienen dolor típico, de existir es poco intenso o ha cedido en el momento de su ingreso. Presentan buen aspecto general y no entran dentro del grupo de pacientes de alto riesgo coronario (el ejemplo sería el de una joven de 20 años con dolor torácico).

Las constantes vitales serían normales.

Estos enfermos se tratarán como una urgencia normal:

- se les intentará tranquilizar

- registraremos ECG: si este fuera patológico, se avisará al médico de guardia y se tomarán las medidas de emergencia anteriormente descritas. En caso contrario se solicitarán las pruebas complementarias (analítica, RX) que se juzguen convenientes, decidiendo posteriormente el médico de guardia el ingreso o alta del paciente.

Hemos realizado esta comunicación conscientes de que una rápida y clara actuación de enfermería es fundamental en un Servicio de Urgencias.

En nuestro servicio se considera como una emergencia la sospecha de patología coronaria aguda.