

Manejo del Dolor Torácico Agudo



4

Manejo del Dolor Torácico Agudo

4

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Valoración Inicial	1
IV	Actitud Diagnóstica	2
	Historia Clínica	
	Exploración Física	
	Exploración Complementaria	
V	Criterios de Derivación Hospitalaria	4
VI	Aspectos Básicos en el Manejo del Dolor Torácico Agudo	4
	Anexo 1. Diagnóstico Diferencial de las Causas de Mayor Gravedad de Dolor Torácico.	5

Manejo del Dolor Torácico Agudo

I. Introducción

El dolor torácico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias, estimada en el 5-7 % del total de consultas hospitalarias.

Para los equipos de Prehospitalaria representa un desafío diagnóstico que obliga al médico a realizar un diagnóstico diferencial correcto en un breve espacio de tiempo y con los recursos materiales disponibles en el lugar de actuación.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

*Se define como **dolor torácico agudo** a cualquier sensación álgica localizada en la zona correspondiente entre el diafragma y la base del cuello, de instauración reciente que requiere diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que se derive un tratamiento médico–quirúrgico urgente.*

III. Valoración Inicial

El objetivo de la valoración, de urgencias, de un paciente con dolor torácico agudo es el despistaje precoz de aquellos procesos que pueden poner en peligro la vida del enfermo.

De esta forma distinguiremos entre:

1. Patología potencialmente grave como:

- Cualquier dolor que se acompañe de signos de insuficiencia respiratoria.
- Cuando el dolor se acompañe de inestabilidad hemodinámica.
- Cardiopatía isquémica: angina de pecho e infarto agudo de miocardio.
- Aneurisma disecante de aorta torácica.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Neumotórax o neumomediastino.
- Rotura esofágica.

2. Patología no vital pero que requiere un estudio y tratamiento reglados, como: pericarditis, neumonía, el derrame pleural, la neoplasia pulmonar, etc.

3. Patología banal, como: dolor osteomuscular, psicógeno, pleurodinia.

IV. Actitud Diagnóstica

Historia Clínica. Realizar una Historia No Dirigida

Forma de inicio del dolor:

- Repentino: disección aórtica, embolia pulmonar, infarto agudo de miocardio neumotórax, ruptura esofágica.
- Gradual: musculoesquelético, digestivo.

Existencia de algún factor desencadenante:

- Estrés físico o emocional: cardiopatía isquémica.
- Deglución: espasmo esofágico.
- Movimientos: musculoesqueléticos, neurítico.

Localización

- Central: precordial.
- Retroxifoideo: visceral.
- Lateral: submamario.
- Intercostal somático, funcional, pleural.
- Difuso.

Irradiación:

- Cuello, mandíbula, hombros, brazos, espalda: isquemia miocárdica.
- Metamérica: disección aórtica, funcional.

Calidad:

- Punzante: pleural, musculoesquelético.
- Difuso: visceral.
- Pleurítico o que aumenta con la respiración: pleural, pericárdico, musculoesquelético.
- Opresivo: isquemia miocárdica.
- Tenebrante: disección aórtica.
- Urente: esofágico, gástrico.
- Lacerante, neurítico.

Intensidad:

- Leve, moderado, intenso. Puntuar de 1 a 10 y cuantificar su evolución.

Duración:

- Fugaz: psicógeno o sin significado clínico.
- Minutos: angor.
- Horas o días: musculoesquelético, digestivo.
- Es muy recomendable recoger la hora de inicio del cuadro.

Agravante:

- Movimientos: musculoesqueléticos, neurítico.
- Respiración: pleurítico.
- Esfuerzo y exposición al frío: angor.
- Deglución: esofágico.
- Ingesta: gástrica.

Atenuante:

- Reposo: angor de esfuerzo.
- Determinadas posturas: musculoesquelético, pleural, pericárdico.

- Antiácidos: esofágico, gástrico.
- Antiinflamatorios: musculoesquelético.
- Recoger antecedentes de dolores previos de las mismas características su diagnóstico y su tratamiento.

Enfermedades previas:

- Factores de riesgo cardiovascular: HTA, obesidad, tabaquismo, etc. Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: tromboflebitis, encamamiento prolongado, fracturas, anticonceptivos, etc.
- Cardiopatía isquémica. Patología digestiva. Artropatía degenerativa. Traumatismo.

Síntomas que pueden aparecer:

- Síntomas vegetativos: cualquier patología considerada como grave.
- Disnea: neumotórax, embolia pulmonar, infarto de miocardio.
- Fiebre: neumonía, infarto pulmonar, pleuritis, pericarditis infecciosa o autoinmune.
- Síntomas digestivos, vómitos, eructos, disfagia esofágica, gástrica.
- Parestesias: neurítico.

Exploración Física

Constantes vitales:

- Tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura.

Nivel de consciencia:

- Confusión, somnolencia, estupor, coma.

Aspecto general:

- Inspección de piel y mucosas.
- Inspección y palpación torácica: lesiones herpéticas, signos inflamatorios, enfisema subcutáneo, reproducción del dolor a la palpación.

Auscultación cardíaca, respiratoria, y exploración vascular:

- Soplos, roces pericárdicos, tercer y cuarto ruido, crepitantes, soplo tubárico, roce pleural, ausencia de pulsos periféricos, signos de flebitis.

Auscultación y palpación abdominal:

- Silencio abdominal, reproducción del dolor a la palpación, masas, defensa abdominal.

Exploración del aparato locomotor:

- Signos de flogosis, reproducción del dolor a la palpación, masas.
- Valorar la necesidad de una exploración neurológica básica centrada en los dermatomas C2-D6.

Exploración Complementaria

Equipos de Emergencias en Prehospitalaria: a todos los pacientes se les realizará un ECG independientemente del nivel de la asistencia, salvo que el cuadro clínico descarte de manera clara y evidente patología cardiovascular.

V. Criterios de Derivación Hospitalaria

Hospital: en función de la sospecha etiológica:

- Radiografía de tórax.
 - Hemograma con fórmula y recuento leucocitario.
 - Determinación de CPK y CPK-MB
 - Gasometría arterial.
 - Otras.
-
- Todos los pacientes con dolor torácico agudo secundario a patología potencialmente grave.
 - Pacientes con dolor torácico agudo secundario a patología no vital, pero subsidiaria de estudio hospitalario según medio y disponibilidad.
 - Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración y que necesite pruebas complementarias hospitalarias.

VI. Aspectos Básicos en el Manejo del Dolor Torácico Agudo

Criterios	Aclaraciones	Excepciones
Anamnesis:		
1. Antecedentes personales.	Factores de riesgo cardiovascular. Cardiopatías. Patologías digestivas.	Imposibilidad de comunicación con el enfermo.
2. Características del dolor.	Forma de inicio. Hora de inicio y duración. Localización. Irradiación. Calidad e intensidad. Agravamiento y atenuantes	
3. Síntomas acompañantes.		
Exploración Física:		
1. Presencia o ausencia de compromiso vital.	Frecuencia cardíaca. T.A. Frecuencia Respiratoria.	
2. Auscultación Cardiopulmonar.	Nivel de consciencia. Coloración de piel y mucosas.	
3. Palpación y auscultación abdominal.	Estado General	
4. Valoración de la perfusión periférica.		
Diagnóstico Probable		
Medidas Terapéuticas Instauradas.	Dosis y hora de administración.	
Derivación (Hospital/MG)	Informe Cumplimentado	

ANEXO I

Diagnóstico Diferencial de las Causas de Mayor Gravedad de Dolor Torácico Agudo

1. Angor Pectoris

- Localización generalmente retroesternal irradiado a cuello y ambos pectorales, difuso, señalándose con una mano. A veces se origina en cuello, mandíbula, muñecas y epigastrio.
- Intensidad variable, generalmente tolerable.
- Calidad opresivo, constricción, peso o sensación expansiva intratorácica.
- Duración menos de 10 minutos (excepto angor prolongado y persistente).
- La irradiación frecuentemente se limita al tórax. Puede irradiarse a cuello, mandíbula, y ambos brazos.
- Circunstancia que lo desencadena o modifica pueden ser: el estrés mental o físico, frío, sueño (Angina de Prinzmetal).
- Síntomas acompañantes: ansiedad, debilidad, sudoración, náuseas y vómitos. En cuanto a la exploración, esta puede ser normal o encontrarse cuarto ruido o galope auricular, desdoblamiento del segundo tono, tercer ruido o galope diastólico, soplo de insuficiencia mitral.
- La historia puede revelar factores de riesgo coronario.

Clasificación:

A. Angina estable: cuando sus características clínicas no se han modificado en el último mes.

B. Angina Inestable: en este grupo se incluyen aquellos pacientes cuya evolución clínica es difícilmente previsible:

- Angina Inicial: cuando su antigüedad es inferior a un mes.
- Angina progresiva: angina en la que se altera su frecuencia, intensidad, duración o situación desencadenante durante el último mes de evolución.
- Angina prolongada: episodios de dolor torácico de características anginosas que por su larga duración hacen sospechar la existencia de IAM.
- Angina variante (Prinzmetal): dolor torácico de características anginosas de aparición en reposo fundamentalmente de noche o primeras horas de la mañana con cambios en el electrocardiograma del tipo de elevación reversible del ST.
- Angina postinfarto: dolor anginoso que se produce en el primer mes después de un IAM.

2. Infarto Agudo de Miocardio

- Localización: igual que el angor.
- Intensidad: igual que el angor.
- Calidad: igual que el angor.

- Duración: en general varias horas.
- Irradiación: igual que el angor.
- Circunstancia que lo desencadena y modifica: igual que el angor.
- Síntomas acompañantes: igual que el angor, más disnea (edema agudo de pulmón), síncope (taqui o bradiarritmias), shock cardiogénico.
- Exploración: según repercusión hemodinámica y complicaciones.

3. Pericarditis

- Localización: retroesternal.
- Intensidad: variable.
- Calidad: puede ser de tres tipos:
 - a. Dolor pleurítico: aumenta con la tos, los movimientos respiratorios, la deglución y la postura.
 - b. Dolor miocárdico, similar al angor.
 - c. Dolor sincrónico con los latidos cardíacos.
- Duración: variable, en general días.
- Irradiación: se irradia a hombro izquierdo y cuello.
- Exploración: roce pericárdico, signos de taponamiento cardíaco en derrame pericárdico.

4. Aneurisma disecante de la aorta

- Localización: parte anterior del tórax, irradiado hacia la espalda y abdomen.
- Intensidad: comienzo brusco e intensidad del diafragma.
- Calidad: desgarrado o laceración.
- Irradiación: un dolor por encima y por debajo del diafragma.
- Exploración: ausencia o asimetría de pulsos periféricos, soplo de insuficiencia aórtica (aorta ascendente), hipertensión arterial (aorta descendente).

5. Pleuritis

- Localización: en pared torácica, como nacido de la piel.
- Intensidad: considerable.
- Irradiación: puede proyectarse al cuello si afecta la porción media mediastínica de la pleura.
- Circunstancia que lo modifica: se agrava con los movimientos respiratorios, tos y estornudo.
- Síntomas acompañantes: depende de la causa.
- Exploración: respiración superficial por la inmovilización refleja antiálgica, roce pleural con derrame pleural, disminución del murmullo vesicular y aumento de la matidez.

6. Neumotórax espontáneo

- Localización: similar a pleuritis.
- Intensidad: variable, súbito.
- Calidad: similar a la pleuritis; se modifica con la respiración.
- Síntomas acompañantes: disnea y ortopnea.

- Exploración: puede ser normal. Si es amplio, sonido hiperclaro a la percusión y abolición o disminución del murmullo vesicular.

7. Tromboembolismo pulmonar

- Localización: similar a la pleuritis.
- Intensidad: aguda y severa.
- Calidad: en ocasiones dolor pleural y otras veces dolor anginoso.
- Circunstancia desencadenante: trombos en miembros inferiores.
- Síntomas acompañantes: disnea, hemoptisis, tos, roce pleural, derrame pleural, febrícula, agitación, ansiedad, taquicardia, taquipneas, hipotensión, ritmo de galope, síncope, shock.



