

MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO DE PERFIL ISQUÉMICO CARDIACO



Macarena Hidalgo Delfin, Noelia Escamilla Carrasco

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España.

La cardiopatía isquémica supone el 30% de las causas del dolor torácico.

Las consultas relacionadas con dolor torácico suponen el 5-10% de las consultas que se producen en urgencias.

Para obtener un diagnóstico correcto nos basamos en la anamnesis, exploración física, constantes vitales y EKG.

El dolor de tipo isquémico es opresivo, quemante, retroesternal constrictivo que se irradia a miembro superior izquierdo, cuello, mandíbula, epigastrio, hombro y espalda; suele durar menos de 15 minutos y puede ir acompañado de síntomas asociados.

OBJETIVOS

Aumentar y actualizar los conocimientos sobre el dolor torácico cardiovascular isquémico.

Protocolizar la actuación del personal sanitario ante una consulta por dolor torácico.

Unificar todos los conocimientos sobre el tema para la elaboración de un protocolo o plan de actuación.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sobre el tema empleando varias bases de datos como SCIELO y MEDLI-NE empleando como palabras claves: torácico, isquémico, urgencias, protocolo.

Además, de la revisión de protocolos de actuación de varios centros de la provincia de Málaga de origen público y privado.

MANEJO DE DOLOR TORÁCICO DE PERFIL ISQUÉMICO CARDIACO

Anámnesis, exploración y EKG

Vonstantes: TA, FC, Tª, SatO2

Tratamiento dolor

Ingreso en UCI a cargo de Cardiología

Rx tórax

Repetir EKG a los 20-30 minutos

Monitorización EKG, TA y SatO2, vía venosa y O2 gafas nasales

Analítica perfil dolor Tx: Hemograma, Hemostasia, Guc y Troponina I

Tratar dolor: NTG i.v. Mórlico, O2, control TA

Tto: AAS 300 mg + Ticagrelor 180 mg o Clopidogrel 300 mg + Enoxaparina 1 mg/kg/12 horas

EKG normal (ambos)

Troponina I: a las 6, 12 y 24 h de inicio dolor

Troponina I < 0,6

Ingreso en planta

ST elevado transitorio
o descenso de ST

Troponina I > 0,6

Continuar CK-MB a las 6, 12 y 24 h de inicio de dolor
y seguir hasta que alcance pico (curva en descenso)

Ingreso en planta tras curva en descenso y al menos
48 h en UCI

EKG anormal

ST elevado permanente
o BCRI de NOVO

Estabilizar

Valorar fibrinólisis

Derivar hemodinámica

RESULTADOS

Se ha elaborado un resumen esquemático del protocolo a seguir ante una situación de esta índole tras la recopilación de la información.

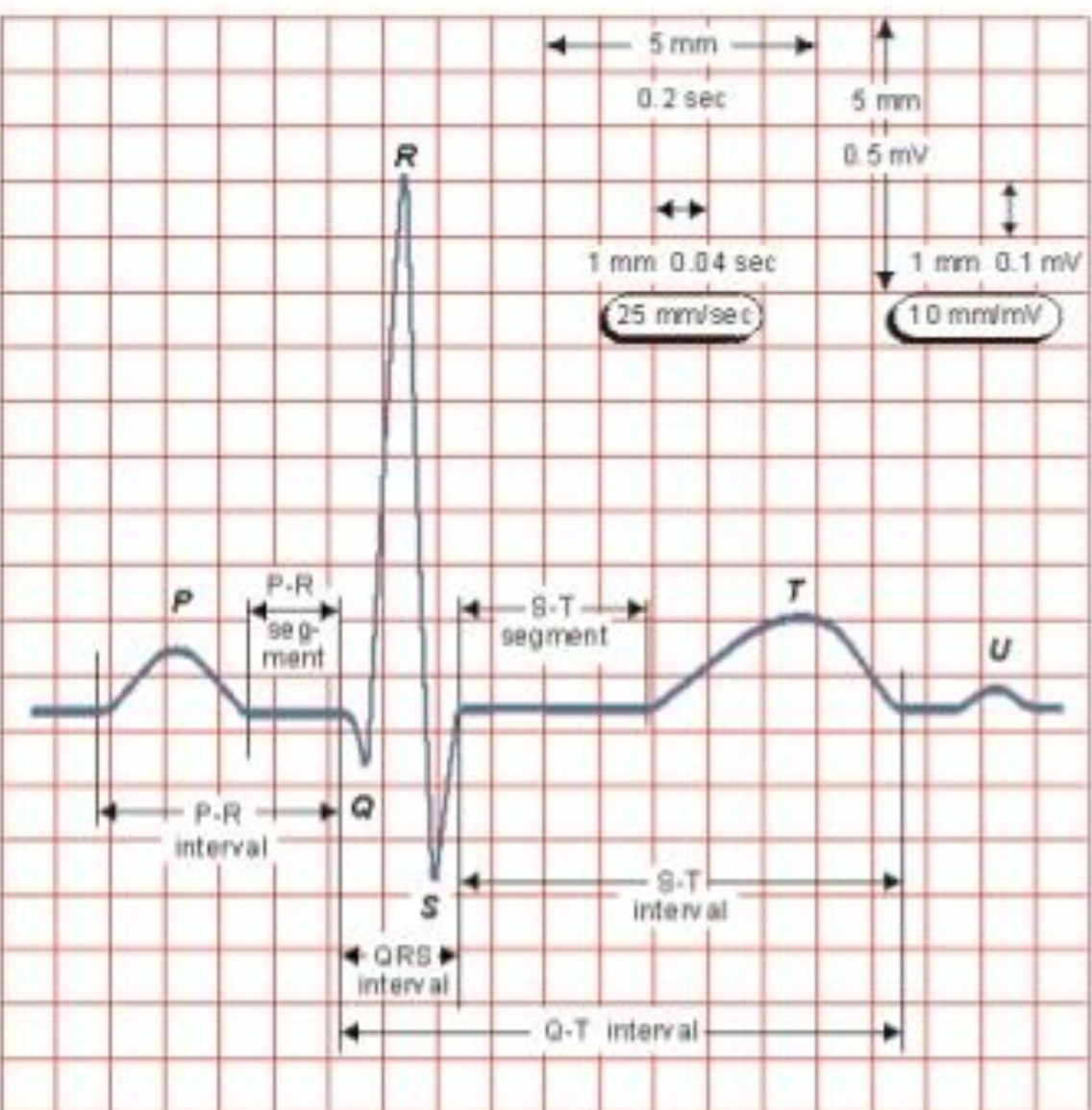
CONCLUSIONES

Es de vital importancia un correcto diagnóstico diferencial ante una consulta de urgencias por dolor torácico.

Ante situaciones de este tipo, todas las funciones del personal sanitario deben estar coordinadas y realizadas en el menor tiempo posible, evitando pérdidas de tiempo en dudas para evitar posibles consecuencias fatales.

Es imprescindible un buen trabajo en equipo por parte de todo el personal sanitario.

Electrocardiografía Básica ECG Normal



BIBLIOGRAFÍA

Compendio de medicina de urgencias. Luis Jimenez Murillo, F. Javier Montero Pérez. (2017). Elsevier
Manual de conducta y terapéuticacardiovascular. Guillermo Saturno Chiu. (2014). Ed. Manual moderno