

9

Malalt amb dolor toràcic

X. Jiménez, E. Castro, J. Barreiro, M. Rufach, ER. Martins, JA. Morales.

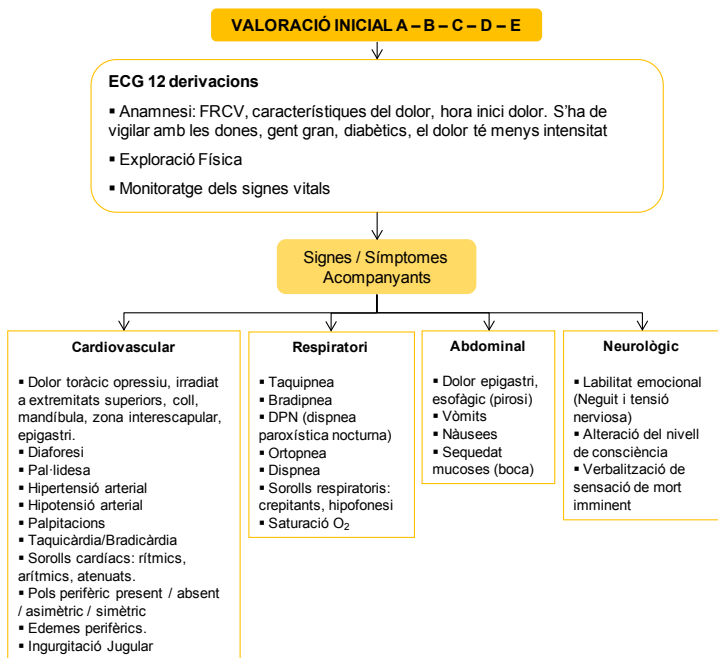
9.1. Definició i objectius

Es defineix com a dolor toràcic agut qualsevol sensació àlgica localitzada a la zona entre el diafragma i la base del coll, d'instauració recent, que requereix una valoració ràpida i precisa davant la possibilitat que sigui una malaltia potencialment greu.

Representa el 5% de les consultes als serveis d'urgències i emergències. Cal tenir en compte que es poden manifestar com a dolor toràcic patologies d'altres localitzacions, com ara l'abdominal.

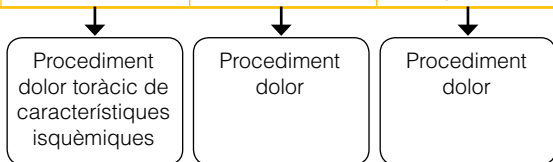
L'objectiu és ajudar a identificar les característiques del dolor per diferenciar ràpidament aquelles causes que poder arribar a provocar la mort del malalt en poc temps, com la síndrome coronària, el tromboembolisme pulmonar o la dissecció / aneurisma d'aorta.

9.2. Valoració inicial en el malalt amb dolor toràcic. Algoritme



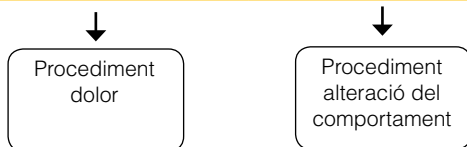
Taula 1 amb les característiques principals del dolor toràcic en funció de l'origen

	Coronari	Pleurític	Pericàrdic
Desencadenant	• Circumstàncies que augmentin la despesa cardíaca (estrès físic o mental, ingesta, ...) • Pot aparèixer en repòs	• Vessament pleural • Pneumònia • Pneumotòrax • TEP	• Pericarditis
Qualitat	• Opressiu • Sensació de mort imminent • Sense dolor	• Punxant	• Punxant (en punta de costat)
Localització	• Retroesternal • A alguna de les irradiacions del dolor • Silent	• Precordial • Retroesternal	• Retroesternal o precordial • Àpex • Hemitòrax dret • Part superior abdominal
Irradiacions	• Precordial • Coll, mandíbula, extremitat superior • Epigàstri	• Àpex • Hemitòrax afectat • Part superior abdominal	• Extremitat superior esquerra i coll
Millora	• Repòs o nitrats • Pot no millorar	• Flexió del tronc • Immobilització hemitòrax afectat • Respiració superficial	• Disminueix a l'inclinar-se cap endavant
Empitjora	• Circumstàncies que augmentin la despesa cardíaca	• Moviments respiratoris profunds • Tos i esternuts • Decúbit supí	• Moviments respiratoris profunds • Tos i esternuts • Decúbit supí
Signes acompanyats	• Vegetativisme: nàusees, vòmits, pal·lidesa, sudoració freda	• Dispnea, febre, tos amb expectoració • Hemoptisi	• Infecció recent de VRS • Tos, dispnea • Hemoptisi

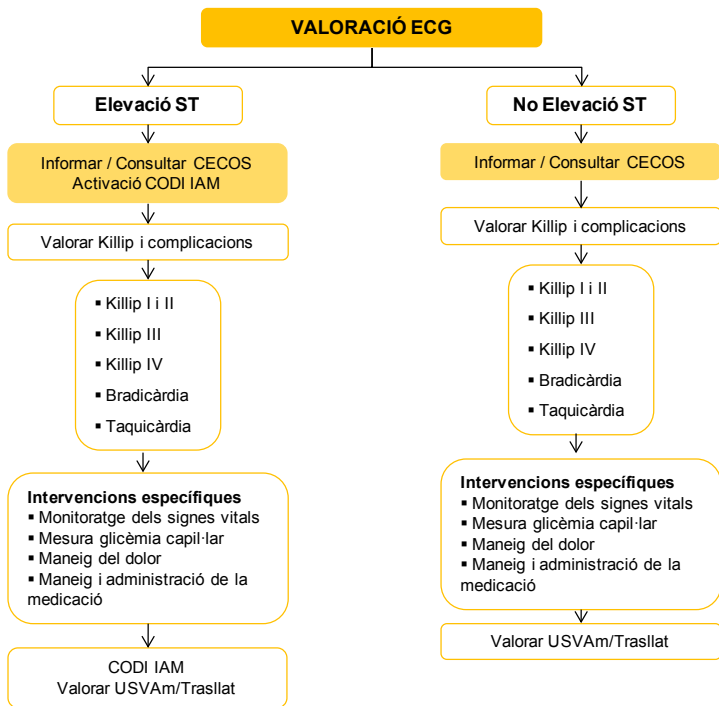


Taula 2 amb les característiques principals del dolor toràcic en funció de l'origen

	Osteomuscular	Psicògen o funcional
Desencadenant	• Traumatismes recents o antics • Sobreesforç	• Estrès físic o psíquic
Qualitat	• Punxant intermitent • Augmenta amb moviments toràcics, sobrecàrrega del pes i la tos	• Punxant intermitent • Augmenta amb moviments toràcics, sobrecàrrega del pes i la tos
Localització	• Inespecífic	• Inframamari • Inespecífic
Millora	• Analgèsics • Repòs • Certes postures • Calor local	• Ansiolítics
Signes acompanyants	• Vegetatisme: nàusees, vòmits, pal·lidesa, sudoració freda	• Hiperventilació • Parestèsies



9.3. Criteris d'actuació en el malalt amb dolor toràcic de característiques coronàries

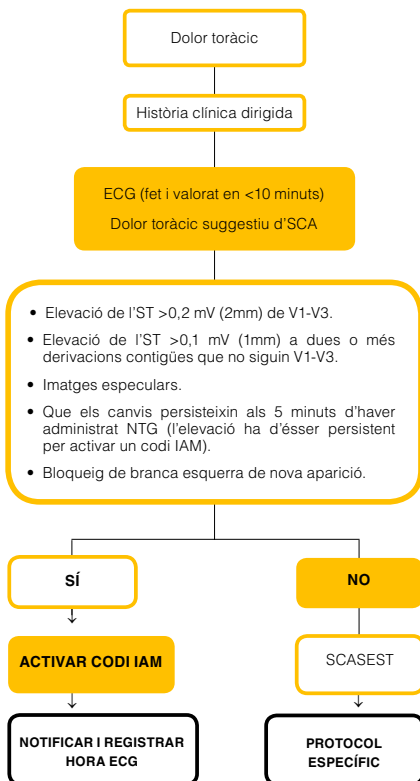


Intervencions comuns NICS

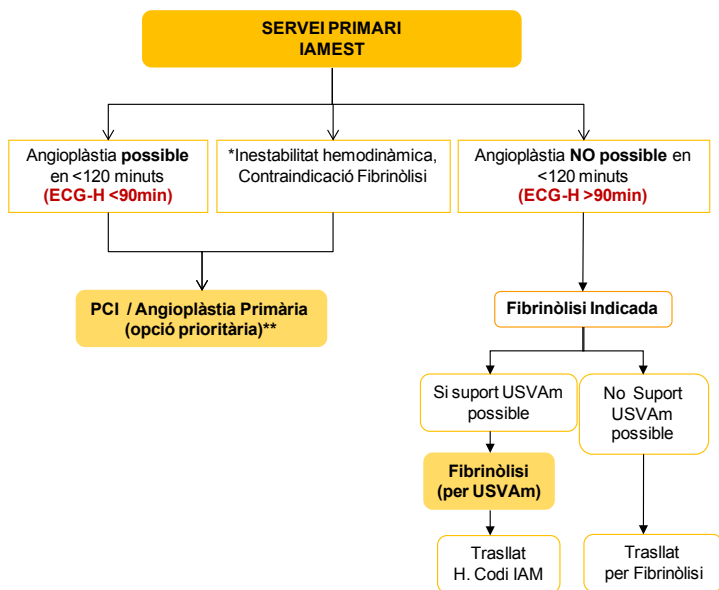
- | | |
|--|---|
| - Suport emocional | - Potenciació seguretat |
| - Disminució de l'ansietat | - Intercanvi d'informació de cures de salut (transferència) |
| - Presència | - Derivació |
| - Suport a la família | - Transport entre instal·lacions |
| - Facilitar la presència de la família | - Documentació |
| - Assessorament | - Informe de torns |
| - Escolta activa | - Vigilància |
| - Prevenció de caigudes | |
| - Cures en l'emergència | |
| - Maneig ambiental: seguretat | |

9.4. Criteris d'actuació en activacions de Codi IAM

9.4.1. Algoritme genèric



9.4.2. Serveis primaris



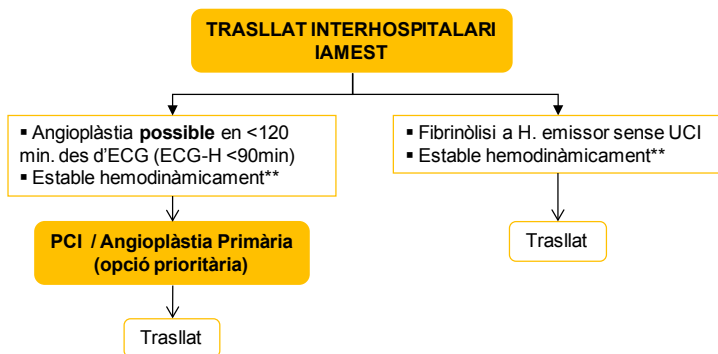
*** Inestabilitat hemodinàmica, contraindicació fibrinòlisi:**

- Si no hi ha disponibilitat de suport per part d'una USVAm ó
- Si la distància d'una USVAm no aporta un benefici clar al trasllat hospitalari:

La unitat USVAi procedirà al trasllat al centre més adient:

- Amb capacitat de **PCI (preferible)** o
- Hospital proper per estabilització/fibrinòlisi

9.4.3. Serveis interhospitalaris



** Al ser una patologia temps dependent, sinó USVAm disponible, en isòcrones curtes i pacient sense complicacions (Killip I), cal valorar trasllat per USVAi a centre amb capacitat d'angioplàstia.

ECG-H: temps entre realització ECG 12 derivacions, i la seva interpretació i l'arribada a Urgències d'hospital amb capacitat de fer angioplàstia immediata. Inclou la possibilitat de trasllat amb SVA aerí, no només isòcrones terrestres.
Els temps són orientatius i genèrics, en cas de dubte consulteu CECOS per individualitzar la decisió.
PCI: Angioplàstia Primària

9.4.4. Tractament farmacològic segons la Guia d'actuació infermera

Mesures inicials:

- Monitoratge de FC, TA, FR i Sat d'O₂
- Oxigenoteràpia si saturacions parcials d'O₂ < 95%.
- Venoclisi (x2). Preferentment preservar braç dret (via d'accés per ACTP)

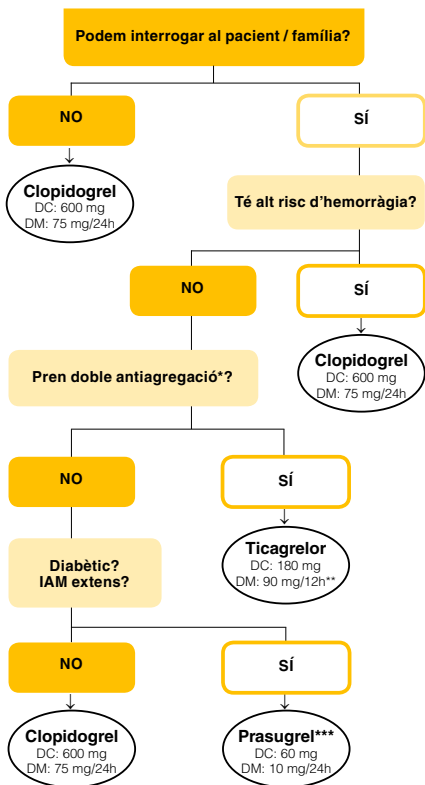
Antiagregants:

- Administrar **AAS** (sense coberta entèrica), 250 mg vo. mastegada. Si presenta vòmits: 450 mg iv d'Acetilsalicilat de Lisina (½ amp. Inyesprin)
Si al·lèrgia o contraindicació establerta, no administrar AAS.
- **Clopidogrel:**
Si angioplàstia primària (PCI) i alt risc hemorràgic* : 600 mg vo.
 - o **Prasugrel:** Només si és candidat a PCI sense risc hemorràgic, sense doble antiagregació prèvia (no pren Clopidogrel prèviament), DM o IAM extens. Dosi càrrega 60 mg vo.
 - o **Ticagrelor:** Només si és candidat a PCI sense risc hemorràgic, amb doble antiagregació prèvia (pren Clopidogrel) o contraindicat el Prasugrel. Dosi de càrrega 180 mg vo.
- **Heparina sòdica**, si ICP: 70 UI/Kg, màxim 5.000 UI iv.

***Risc hemorràgic:** >75 anys, < 60 Kg, antecedents d'ictus (isquèmic o hemorràgic), tractament actual amb anticoagulants.

SI HEMORRÀGIA ACTIVA: NO TRACTAMENT ANTITROMBÒTIC NI FIBRINÒLISI PREHOSPITALÀRIA.

Algoritme de decisió pel tractament antiagregant a l'IAMEST



ALT RISC HEMORRÀGIC:

- >75 anys
- <60 kg
- AP: hemorràgia intracranial
- Tractament ACO
- Hepatopatia

IAM EXTENS:

- Aixecament ST V1-V4 o més
- >2mV a V3, V4

En cas d'alt risc hemorràgic, NO administrar el doble antiagregant

* Doble antiagregació: AAS+Clopidogrel.

** No s'ha estudiat el canvi a Prasugrel.

*** Si Prasugrel contraindicat (al·lèrgia, AVC/TIA): Ticagrelor.

Si el pacient pren prèviament Prasugrel o Ticagrelor, no administrar dosi de càrrega.

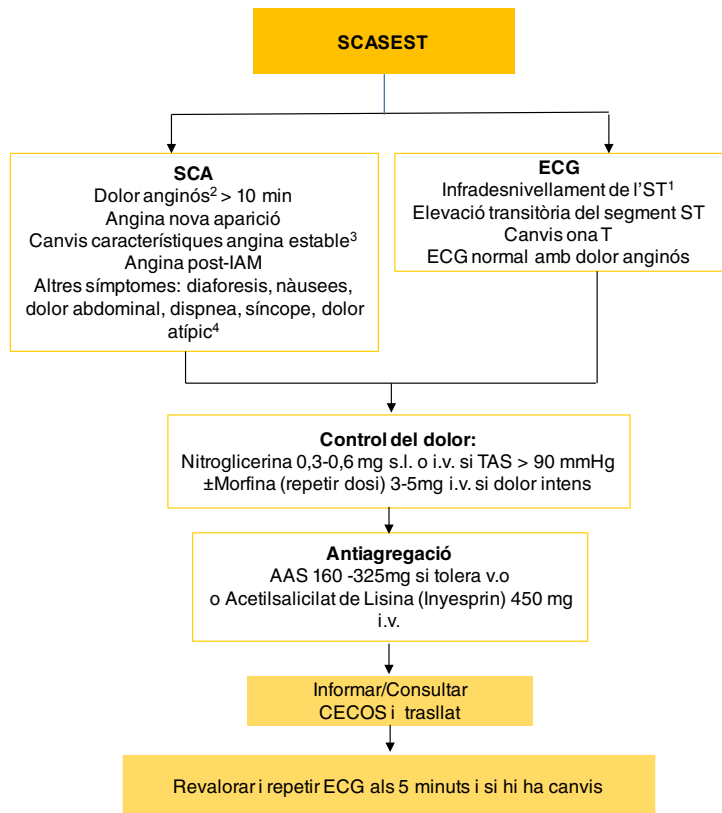
Calmar dolor:

- **Clorur mòrfic**, 4 mg iv, amb dosis addicionals de 2 mg cada 5-15 minuts, màxim 15-20 mg. Administrar amb precaució en malalts hipotensos.
- **Fentanil**, 50-75 mcg iv. cada 5-10 minuts; indicat si dolor resistent al clorur mòrfic.
- **Nitroglicerina** 0.4 mg sl excepte:
 - a. TAS <90 mmHg.
 - b. FC <50 ó >100.
 - c. IAM VD (s'associa a IAM inferior, es localitza a precordials dretes, està contraindicada l'administració de vasodilatadors, acostuma a precisar expansió de volum).
 - d. Tractament en les ultimes 24 h amb inhibidors de la fosfodiesterasa (disfunció erètil).

No s'han d'administrar AINE, inhibidors de la COX-2 (tenen efecte protrombòtic)

- **Diazepam** per a l'ansietat, 5 mg vo/sl.
- Si presenta vòmits: **Granisetró** 1 mg iv ó Ondansetró 4 mg iv.
- Protecció gàstrica amb **Omeprazol** 40 mg iv.

9.5. Síndrome coronària aguda sense elevació del segment ST (SCASEST)



(1) Si elevació de l'AVR, possible IAMEST de tronc comú o de tres vasos
Si infradesnivellació V1 i V2 realitzar V7, V8 i V9. Possible IAMEST posterior.

Si hipotensió o bradicàrdia realitzar V3r i V4r. Possible IAMEST Dret.

(2) Dolor anginos típic: Retroesternal, opressiu, irradiat a braç esquerre, coll o mandíbula. Intermitent o persistent.

(3) Canvis en angina estable: Classe funcional de 2 a 3 o 4. Classificació de la Societat Cardiovascular Canadenca: Si canvia de tenir una lleugera limitació de la activitat diària a una marcada limitació de activitat física o dolor anginos davant qualsevol activitat.

(4) Dolor atípic: Més freqüent en: > 75a, dones, diabetis mellitus, insuficiència renal crònica, demència.

Característiques: Dolor epigàstric, indigestió, dolor toràcic punxant, dolor pleurític i/o dispnea creixent.

9.6. Taxonomies

Rol autònom: NANDA - NOC - NIC

Rol col·laborador: Risc de complicacions (RC) - NOC - NIC

ROL AUTÒNOM			
NANDA		NIC	
00146	Ansietat	5820	Disminució de l'ansietat
00148	Por	5380	Potenciació de la seguretat
00051	Deterior. comunicació verbal	5466	Contacte
00005	Risc desequilibri Tª corporal	5340	Presència
NOC		3800	Tractament de la hipotèrmia
0902	Comunicació		
1211	Nivell d'ansietat		
1210	Nivell de por		
0800	Termoregulació		

ROL COL-LABORADOR			
RISC DE COMPLICACIONS		NOC	
Respiratòries: Hipoventilació, apnea	0410	Estat respiratori	
	0401	Estat circulatori	
Cardíacques / Disfunció vascular: Hemorràgia, fracàs circulatori, disrítmia, xoc, EAP, ACR	0909	Estat neurològic	
	0407	Perfusió tissular perifèrica	
	2102	Nivell de dolor	
Neurològiques: Disminució estat consciència	0802	Signes vitals	
	0400	Efectivitat bomba cardíaca	
	2106	Nàusees i vòmits efectes nocius	
NIC			
6680	Monitoratge signes vitals	3390	Ajuda a la ventilació
3350	Monitoratge respiratori	3320	Oxigenoteràpia
2620	Monitoratge neurològic	3120	Intubació i estabilització vies aèries
3160	Aspiració vies aèries	Segueix a la pagina següent	

ROL COL·LABORADOR			
NIC			
continua de la pàgina anterior		2303	Adm. medicació intraòssia
4260	Prevenió del xoc	2314	Adm. medicació i.v.
4250	Maneig del xoc	1400	Maneig del dolor
4190	Punció intravenosa	4044	Cures cardíaques agudes
2300	Administració medicació	4090	Maneig de la disrítmia
2317	Adm. medicació subcutària	1450	Maneig de les nàusees
2304	Adm. medicació oral	1570	Maneig del vòmit

9.7. Bibliografia

1. Guia de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en enfermos con elevación del segmento ST. Grupo de Trabajo para el manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Rev Esp Cardiol. 2013;66(1):53.e1-e46
2. Dégano I.R., Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del Síndrome Coronario Agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(6): 472-481
3. Grupo de Trabajo Conjunto de la ESC/ACCF/AHA/WHF para la definición universal del Infarto de Miocardio. Documento de consenso de expertos. Tercera definición Universal del Infarto de Miocardio. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(2): 132.e1-e15
4. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2007;28:2525–38; Circulation. 2007;116:2634–53; J Am Coll Cardiol. 2007;50:2173–95.
5. Comitè de Redacció i Revisors del Protocol d'Actuació Infart Agut de Miocardi amb elevació del segment ST; Societat Catalana de Cardiologia: www.catcardio.cat/pdfs/Protocol_IAMST_SCC.pdf
6. Bulechek, GM. Et al. (2013). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier
7. Moorhead, S. et al. (2013). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Madrid: Elsevier.
8. NANDA. (2013). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier.
9. Johnson, M. et al. (2012). Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3a Edició. Barcelona: Elsevier
10. Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. Eur Heart J.