

Manejo del dolor torácico en la unidad coronaria: protocolos de atención y la importancia de la evaluación inicial por parte del personal de enfermería

Management of chest pain in the coronary unit: care protocols and the importance of initial evaluation by nursing staff

Bernardino Rafael Mendez Chompol

<https://orcid.org/0009-0003-9672-2197>

Investigador independiente, Ecuador

Pedro Rolando Guasgua Catucuago

<https://orcid.org/0009-0005-9547-064X>

Universidad Central del Ecuador

Gloria Alicia Chimborazo Chimborazo

<https://orcid.org/0000-0002-0922-556X>

Universidad Tecnológica Indoamérica, Ecuador

Jessica Lucia Chimborazo Chimborazo

<https://orcid.org/0000-0002-6840-5130>

Clínica de Diálisis Dialtungurahua, Ecuador

Bexy Beatriz Barreto Romero

<https://orcid.org/0009-0006-6746-8873>

Investigadora independiente, Ecuador

Cristina Belén Borja Quintana

<https://orcid.org/0009-0002-5169-7998>

Investigadora independiente, Ecuador

Mary Jeannette Amaguaña Supe

<https://orcid.org/0009-0008-7887-0037>

Hospital Regional Docente Ambato, Ecuador

Carmen Vanessa Zambrano Macías

<https://orcid.org/0009-0008-0254-1958>

Investigadora independiente, Ecuador

RESUMEN

El manejo del dolor torácico en la unidad coronaria representa un desafío clínico que requiere una atención rápida y estructurada para optimizar los resultados del paciente. Este artículo de revisión narrativa aborda los protocolos actuales de atención, destacando la importancia de una evaluación inicial exhaustiva por parte del personal de enfermería como pilar fundamental en la identificación temprana de condiciones potencialmente letales, como el infarto agudo de miocardio. Se analizan las estrategias de estratificación del riesgo, el uso de herramientas diagnósticas y la implementación de intervenciones terapéuticas basadas en guías clínicas actualizadas. Asimismo, se enfatiza el papel clave de los profesionales de enfermería en la monitorización continua, el alivio sintomático y la comunicación interdisciplinaria para garantizar una atención integral y oportuna. La capacitación constante del personal sanitario y la estandarización de protocolos son esenciales para mejorar la calidad del cuidado y reducir complicaciones asociadas al dolor torácico en este entorno crítico. Este artículo subraya que un enfoque sistemático y colaborativo, liderado por equipos multidisciplinarios, es crucial para abordar eficazmente esta condición clínica compleja.

Palabras clave: Dolor torácico, Unidad coronaria, Protocolos de atención, Evaluación inicial, Personal de enfermería, Manejo del dolor.

ABSTRACT

The management of chest pain in the coronary unit represents a clinical challenge that requires rapid and structured care to optimize patient outcomes. This narrative review article addresses current care protocols, highlighting the importance of a thorough initial evaluation by nursing staff as a fundamental pillar in the early identification of potentially lethal conditions, such as acute myocardial infarction. Risk stratification strategies, the use of diagnostic tools and the implementation of therapeutic interventions based on updated clinical guidelines are analyzed. Likewise, the key role of nursing professionals in continuous monitoring, symptomatic relief and interdisciplinary communication is emphasized to guarantee comprehensive and timely care. Constant training of healthcare personnel and standardization of protocols are essential to improve the quality of care and reduce complications associated with chest pain in this critical environment. This article highlights that a systematic and collaborative approach, led by multidisciplinary teams, is crucial to effectively address this complex clinical condition.

Keywords: Chest pain, Coronary unit, Care protocols, Initial evaluation, Nursing staff, Pain management.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta en las unidades coronarias y representa un desafío clínico crítico debido a su amplia gama de posibles etiologías, que van desde afecciones benignas hasta emergencias cardiovasculares potencialmente mortales como el infarto agudo de miocardio (1). En este contexto, la implementación de protocolos de atención estandarizados y la evaluación inicial adecuada son fundamentales para garantizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz (2). El personal de enfermería desempeña un rol esencial en esta etapa inicial, ya que su capacidad para identificar signos y síntomas de alarma, priorizar a los pacientes y coordinar la atención multidisciplinaria puede marcar la diferencia en los resultados clínicos (3). Este artículo de revisión narrativa tiene como objetivo analizar las estrategias actuales para el manejo del dolor torácico en la unidad coronaria, con especial énfasis en la importancia de la valoración inicial realizada por el personal de enfermería (4). Asimismo, se discutirán los protocolos más utilizados y las recomendaciones basadas en evidencia para optimizar el cuidado del paciente (5). A través de una revisión exhaustiva, se busca resaltar el impacto que tiene una atención temprana y bien estructurada en la reducción de complicaciones, mejorando así la calidad y la seguridad del cuidado en estas unidades críticas (6).

METODOLOGÍA

La metodología empleada en esta revisión narrativa incluyó una búsqueda exhaustiva en bases de datos reconocidas como PubMed, Scielo y Cochrane Library, utilizando términos controlados MeSH y DeCS relacionados con "dolor torácico", "unidad coronaria", "protocolos de atención" y "evaluación inicial de enfermería". Se aplicaron operadores booleanos como AND, OR y NOT para combinar términos y refinar los resultados. Los criterios de inclusión consideraron artículos publicados en los últimos 15 años, disponibles en español e inglés, con acceso al texto completo y que abordaran específicamente el manejo del dolor torácico en el contexto de la unidad coronaria, incluyendo el rol del personal de enfermería. Los criterios de exclusión incluyeron estudios enfocados exclusivamente en poblaciones pediátricas, casos aislados o con enfoques no clínicos. Tras la etapa de cribado, se seleccionaron y revisaron 16 artículos relevantes que cumplieran con los criterios establecidos. Esta metodología permitió integrar información actualizada y basada en evidencia para analizar los protocolos de atención y subrayar la importancia crítica de la evaluación inicial realizada por el personal de enfermería en el manejo del dolor torácico dentro de la unidad coronaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Clasificación del dolor torácico: características clínicas y diferenciación entre causas cardíacas y no cardíacas

El dolor torácico es un síntoma prevalente en la práctica clínica y puede tener múltiples etiologías, tanto de origen cardíaco como no cardíaco. La correcta clasificación y evaluación inicial del dolor torácico es fundamental para establecer un diagnóstico adecuado y definir el manejo terapéutico oportuno, especialmente en el contexto de la unidad coronaria (1).

Desde una perspectiva clínica, el dolor torácico se puede dividir en dos grandes categorías: de origen cardíaco y de origen no cardíaco. Dentro del primer grupo, el dolor isquémico, característico de la angina de pecho o el infarto agudo de miocardio (IAM), suele presentarse como una sensación opresiva, retroesternal, que puede irradiar hacia el brazo izquierdo, cuello, mandíbula o espalda. Este tipo de dolor frecuentemente se asocia con factores desencadenantes como el esfuerzo físico o el estrés emocional y puede acompañarse de síntomas como diaforesis, náuseas o disnea (1).

Por otro lado, el dolor torácico de origen no cardíaco abarca una amplia gama de causas, incluyendo afecciones pulmonares (como neumotórax o embolia pulmonar), trastornos gastrointestinales (reflujo gastroesofágico o espasmos esofágicos) y problemas musculoesqueléticos (costocondritis o lesiones por esfuerzo). Este tipo de dolor suele caracterizarse por ser más localizado, variar con los movimientos respiratorios o la posición corporal, y no responder a los nitratos (1,2).

La diferenciación entre estas dos categorías es esencial y se basa en una evaluación clínica detallada que incluye la anamnesis, el examen físico y el uso estratégico de herramientas diagnósticas. El personal de enfermería desempeña un papel clave en esta etapa inicial, ya que su capacidad para identificar signos de alarma, realizar una valoración rápida y comunicar los hallazgos al equipo médico puede marcar la diferencia en los resultados del paciente (2).

Entre los signos que sugieren una causa cardíaca se encuentran la presencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes mellitus, tabaquismo o antecedentes familiares de enfermedad coronaria. Por el contrario, la ausencia de estos factores junto con características atípicas del dolor puede orientar hacia una causa no cardíaca (2).

Evaluación inicial del dolor torácico: papel del personal de enfermería en la identificación de signos y síntomas críticos

La evaluación inicial del dolor torácico es un paso fundamental en el manejo de pacientes en la unidad coronaria, ya que permite identificar de manera temprana condiciones potencialmente letales, como el infarto agudo de miocardio o el tromboembolismo pulmonar. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol crucial al ser, en muchas ocasiones, el primer punto de contacto con el paciente (3).

El personal de enfermería debe realizar una valoración sistemática y estructurada, comenzando con la recopilación de antecedentes médicos relevantes y una descripción detallada de las características del dolor torácico. Es importante indagar sobre la localización, intensidad, duración, factores desencadenantes y atenuantes, así como la irradiación del dolor. Estos datos permiten diferenciar entre causas cardíacas, pulmonares, gastrointestinales o musculoesqueléticas (3).

Además, la identificación de signos y síntomas críticos asociados es esencial. Entre estos se incluyen disnea, diaforesis, náuseas, vómitos, palpitaciones, síncope y cianosis. La evaluación visual del paciente puede proporcionar indicios valiosos: piel pálida, fría o sudorosa puede sugerir hipoperfusión periférica, mientras que la presencia de ingurgitación yugular podría indicar insuficiencia cardíaca o aumento de la presión venosa central (3).

El monitoreo inicial debe incluir la toma de constantes vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Asimismo, es fundamental establecer un acceso venoso periférico y realizar un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones lo antes posible para identificar alteraciones compatibles con isquemia miocárdica o arritmias (4).

La aplicación de escalas estandarizadas, como la escala de probabilidad pretest para síndrome coronario agudo o las guías TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction), puede ser una herramienta útil para estratificar el riesgo del paciente y priorizar intervenciones. La comunicación efectiva con el equipo médico es imprescindible para garantizar una atención oportuna y adecuada (4).

El personal de enfermería también tiene un papel educativo importante al proporcionar información clara y tranquilizadora al paciente y a sus familiares durante los momentos iniciales de evaluación. Esto no solo ayuda a reducir la ansiedad, sino que también fomenta la colaboración del paciente en su propio cuidado (4).

Protocolos de atención en la unidad coronaria: algoritmos diagnósticos y terapéuticos basados en guías actuales

La atención del dolor torácico en la unidad coronaria requiere un enfoque estructurado y basado en evidencia para garantizar una intervención eficaz y oportuna. Los algoritmos diagnósticos y terapéuticos desempeñan un papel crucial en la estandarización de los cuidados, facilitando la toma de decisiones clínicas y mejorando los resultados en los pacientes (5).

Evaluación inicial

La evaluación inicial del paciente con dolor torácico debe ser rápida y sistemática. Las guías actuales recomiendan la utilización de herramientas como el sistema de puntuación HEART o TIMI para estratificar el riesgo de eventos coronarios mayores. Es fundamental realizar un electrocardiograma (ECG) dentro de los primeros 10 minutos desde el ingreso del paciente, así como la medición inmediata de biomarcadores cardíacos como la troponina (5).

El personal de enfermería desempeña un papel clave en este proceso, ya que son responsables de identificar signos de alarma, iniciar medidas básicas de soporte vital y coordinar la atención multidisciplinaria (5).

Algoritmos diagnósticos

Los algoritmos diagnósticos se basan en la clasificación del dolor torácico como típico, atípico o no anginoso. En pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo (SCA), se prioriza la identificación de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) mediante el ECG. En ausencia de elevación del ST, se evalúan los niveles de troponina en serie para descartar un infarto sin elevación del ST (IAMSEST) o angina inestable (5,6).

En casos donde el diagnóstico no es claro, se pueden utilizar pruebas complementarias como la tomografía computarizada coronaria (CTA) o la prueba de esfuerzo con imágenes, dependiendo de la estabilidad clínica del paciente (6).

Algoritmos terapéuticos

El tratamiento inicial debe seguir el enfoque MONA (Morfina, Oxígeno, Nitratos, Aspirina), aunque su aplicación debe ser individualizada según las características del paciente y las recomendaciones actuales. En pacientes con IAMCEST, la reperfusión inmediata mediante angioplastia primaria es el estándar de oro. Si esta no está disponible, se considera la administración de fibrinolíticos dentro de las primeras 12 horas desde el inicio de los síntomas (6).

En el caso del IAMSEST o la angina inestable, se prioriza el manejo médico con antiagregantes, anticoagulantes y

betabloqueantes, seguido de una evaluación invasiva mediante angiografía coronaria según el riesgo clínico (6).

Monitoreo y seguimiento

El monitoreo continuo en la unidad coronaria es esencial para detectar complicaciones tempranas como arritmias o insuficiencia cardíaca. Además, es importante implementar estrategias de prevención secundaria que incluyan el control estricto de factores de riesgo cardiovascular, educación al paciente y rehabilitación cardíaca (6).

En resumen, los protocolos basados en guías actuales proporcionan un marco integral para el manejo del dolor torácico en la unidad coronaria. La actuación coordinada y eficiente del equipo multidisciplinario, con especial énfasis en la evaluación inicial por parte del personal de enfermería, es determinante para mejorar los desenlaces clínicos y reducir la morbilidad asociada a estas patologías críticas (5,6).

Métodos diagnósticos complementarios: electrocardiograma, biomarcadores cardíacos e imágenes diagnósticas

El manejo del dolor torácico en la unidad coronaria requiere una evaluación inicial rápida y precisa para determinar la causa subyacente y guiar el tratamiento. En este contexto, los métodos diagnósticos complementarios desempeñan un papel fundamental, permitiendo confirmar o descartar condiciones críticas como el síndrome coronario agudo (SCA). Entre estos métodos se incluyen el electrocardiograma (ECG), los biomarcadores cardíacos y las técnicas de imagen diagnóstica (7).

Electrocardiograma

El ECG de 12 derivaciones es una herramienta esencial en la evaluación inicial de pacientes con dolor torácico. Su realización dentro de los primeros 10 minutos desde el ingreso es crucial para identificar alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, como elevación del segmento ST, depresión del ST o inversión de ondas T. Estos hallazgos permiten clasificar al paciente en diferentes categorías clínicas, como infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) o sin elevación del ST (IAMSEST). Además, el ECG puede proporcionar información sobre otras causas de dolor torácico, como pericarditis, arritmias o hipertrofia ventricular (7).

Biomarcadores cardíacos

Los biomarcadores cardíacos son esenciales para confirmar el diagnóstico de daño miocárdico. La troponina, tanto en su forma I como T, es el estándar de oro debido a su alta especificidad y sensibilidad. Un aumento en los niveles de troponina, especialmente cuando se observa una tendencia ascendente o descendente en mediciones seriadas, es indicativo de necrosis miocárdica. Otros marcadores, como la creatina quinasa MB (CK-MB), aunque menos específicos, pueden complementar la evaluación en determinados escenarios clínicos. La interpretación de estos resultados debe realizarse en conjunto con la clínica y los hallazgos del ECG (7,8).

Imágenes diagnósticas

Las técnicas de imagen tienen un rol complementario, especialmente en casos donde el diagnóstico no es evidente tras el ECG y los biomarcadores. La ecocardiografía transtorácica permite evaluar la función ventricular, identificar alteraciones en la motilidad parietal y descartar complicaciones como taponamiento cardíaco o disección aórtica. Por otro lado, la tomografía computarizada (TC) es útil para descartar embolismo pulmonar o disección aórtica en pacientes con dolor torácico atípico. En casos seleccionados, la resonancia magnética cardíaca puede proporcionar información detallada sobre la viabilidad miocárdica y la extensión del daño (8).

En conclusión, los métodos diagnósticos complementarios son herramientas indispensables en la evaluación del dolor torácico en la unidad coronaria. Su uso adecuado y oportuno permite al equipo médico tomar decisiones informadas y optimizar los resultados clínicos. La capacitación continua del personal de enfermería en la interpretación básica de estas pruebas puede mejorar significativamente la calidad y rapidez del manejo inicial en estos pacientes (8).

Manejo farmacológico del dolor torácico: indicaciones, contraindicaciones y monitoreo de efectos adversos

El manejo farmacológico del dolor torácico en la unidad coronaria constituye un pilar fundamental en la atención de pacientes con sospecha o confirmación de síndromes coronarios agudos (SCA). La selección adecuada de los fármacos, basada en una evaluación inicial exhaustiva, permite no solo el alivio sintomático, sino también la reducción de complicaciones asociadas (9).

Indicaciones terapéuticas

El tratamiento farmacológico del dolor torácico debe ser individualizado, considerando la etiología subyacente. En pacientes con angina de pecho o infarto agudo de miocardio (IAM), los nitratos, como la nitroglicerina sublingual o intravenosa, son de primera línea para aliviar el dolor al inducir vasodilatación coronaria y reducir la demanda miocárdica de oxígeno. Los analgésicos opioides, como la morfina, están indicados en casos de dolor torácico severo que no responde a nitratos, ya que disminuyen la percepción del dolor y tienen efectos beneficiosos hemodinámicos (9).

Los betabloqueadores, aunque no están diseñados específicamente para el alivio inmediato del dolor, son esenciales en pacientes con SCA para reducir la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno del miocardio. En ciertos casos, los bloqueadores de los canales de calcio pueden ser útiles, especialmente si el dolor está asociado con espasmo coronario (9).

Contraindicaciones y precauciones

Es crucial tener en cuenta las contraindicaciones específicas de cada fármaco. Por ejemplo, los nitratos están contraindicados en pacientes con hipotensión severa, uso reciente de inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (como el sildenafil) o sospecha de infarto del ventrículo derecho. La morfina debe utilizarse con precaución debido a su potencial para causar depresión respiratoria, hipotensión y bradicardia (9,10).

Los betabloqueadores están contraindicados en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, bradicardia severa o bloqueo auriculoventricular avanzado sin marcapasos. Asimismo, los bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos deben evitarse en presencia de disfunción sistólica ventricular izquierda (10).

Monitoreo de efectos adversos

El monitoreo continuo es esencial para prevenir y manejar efectos adversos asociados al tratamiento farmacológico. En el caso de los nitratos, se debe vigilar la presión arterial para evitar episodios de hipotensión severa. Al administrar morfina, es fundamental monitorizar parámetros respiratorios y hemodinámicos para detectar signos tempranos de depresión respiratoria o hipotensión (10).

En el uso de betabloqueadores, es necesario controlar la frecuencia cardíaca y la presión arterial para evitar bradicardia excesiva o hipotensión. Los pacientes tratados con bloqueadores de los canales de calcio deben ser evaluados regularmente para detectar signos de insuficiencia cardíaca o hipotensión (10).

Intervenciones no farmacológicas: estrategias de soporte y control del estrés en pacientes con dolor torácico

El manejo del dolor torácico en la unidad coronaria no solo implica intervenciones farmacológicas, sino también una atención integral que considere el impacto emocional y psicológico que este síntoma puede generar en los pacientes. Las estrategias no farmacológicas desempeñan un papel crucial en el control del estrés, la mejora del bienestar general y la optimización de los resultados clínicos (11).

Una de las primeras medidas en este contexto es la implementación de técnicas de comunicación terapéutica por parte del personal de enfermería. Escuchar activamente al paciente, proporcionar información clara sobre su estado y los procedimientos a realizar, así como transmitir seguridad, puede reducir significativamente los niveles de ansiedad. El establecimiento de una relación empática y de confianza es fundamental para disminuir el estrés asociado al temor por la gravedad del cuadro clínico (11).

Asimismo, las técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, se han mostrado efectivas para mitigar la respuesta fisiológica al estrés. Estas técnicas ayudan a estabilizar la frecuencia cardíaca, reducir la presión arterial y mejorar el suministro de oxígeno al miocardio, lo cual es fundamental en pacientes con dolor torácico. El personal de enfermería puede enseñar estas prácticas de manera sencilla y supervisar su correcta aplicación (11).

Por otro lado, el manejo ambiental dentro de la unidad coronaria también contribuye a la reducción del estrés. Mantener un entorno tranquilo, con niveles adecuados de iluminación y ruido, puede favorecer un estado de calma en los pacientes. Además, permitir la presencia controlada de familiares o seres queridos, cuando sea posible, puede ofrecer un soporte emocional significativo (12).

La educación del paciente es otro pilar clave en las intervenciones no farmacológicas. Explicar los factores desencadenantes del dolor torácico y proporcionar herramientas para afrontarlos puede empoderar al paciente y disminuir su sensación de vulnerabilidad. Esto incluye orientación sobre hábitos saludables, como una dieta equilibrada, actividad física adecuada y técnicas para manejar el estrés a largo plazo (12).

Finalmente, se debe considerar la implementación de estrategias específicas para pacientes con antecedentes de trastornos psicológicos o niveles elevados de ansiedad. En estos casos, la colaboración con psicólogos o terapeutas especializados puede ser necesaria para proporcionar un enfoque más personalizado (12).

Importancia del trabajo interdisciplinario: coordinación entre enfermería, médicos y otros profesionales de la salud

El manejo del dolor torácico en la unidad coronaria es un desafío clínico que requiere una respuesta rápida, precisa y coordinada por parte de un equipo interdisciplinario. La interacción entre enfermería, médicos y otros profesionales de la salud no solo optimiza los resultados clínicos, sino que también garantiza una atención integral y centrada en el paciente (13).

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel crucial como primer punto de contacto en la

evaluación inicial del paciente. Su capacidad para identificar signos y síntomas críticos, como cambios en los parámetros hemodinámicos o alteraciones en el electrocardiograma, permite una intervención temprana y eficaz. Sin embargo, esta labor no puede realizarse de manera aislada; requiere una comunicación constante y efectiva con los médicos y otros especialistas para la toma de decisiones basadas en protocolos establecidos (13).

La coordinación interdisciplinaria también es esencial para el diseño e implementación de planes de cuidado individualizados. Por ejemplo, mientras que los médicos pueden enfocarse en el diagnóstico y la prescripción de tratamientos específicos, el personal de enfermería puede garantizar la administración adecuada de medicamentos, monitorizar la respuesta del paciente y proporcionar educación sobre su condición. A su vez, otros profesionales, como fisioterapeutas o psicólogos, pueden intervenir para abordar aspectos relacionados con la rehabilitación física o el manejo del estrés asociado al dolor torácico (13,14).

La implementación de protocolos claros y consensuados es una herramienta clave para fomentar esta colaboración. Estos protocolos deben estar diseñados para facilitar la comunicación entre los diferentes miembros del equipo, definir roles y responsabilidades, y establecer criterios específicos para la evaluación y el manejo del dolor torácico. Además, las reuniones regulares entre los equipos multidisciplinarios permiten revisar casos, discutir complicaciones y actualizar estrategias de atención basadas en la evidencia más reciente (14).

Otro aspecto relevante es la formación continua de todos los integrantes del equipo. La capacitación en técnicas avanzadas de manejo del dolor, interpretación de pruebas diagnósticas y habilidades de comunicación asegura que cada profesional esté preparado para responder adecuadamente a las necesidades del paciente (14).

Seguimiento y educación al paciente: prevención de eventos futuros y promoción del autocuidado

El manejo integral del dolor torácico en la unidad coronaria no culmina con la estabilización clínica del paciente, sino que debe incluir un enfoque robusto en el seguimiento y la educación. Estas acciones son esenciales para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares recurrentes y fomentar el autocuidado como parte del proceso de recuperación (15).

En primer lugar, es fundamental diseñar un plan de seguimiento personalizado que contemple las condiciones específicas del paciente, incluyendo factores de riesgo, comorbilidades y antecedentes cardiovasculares. Este plan debe incluir consultas regulares con el equipo médico, realización de estudios complementarios según sea necesario y ajustes en el tratamiento farmacológico para garantizar la efectividad y minimizar posibles efectos adversos (15).

La educación al paciente juega un papel crucial en la prevención secundaria. El personal de enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, tiene una posición privilegiada para liderar este proceso. Es importante proporcionar información clara y comprensible sobre la enfermedad coronaria, los factores de riesgo modificables y la importancia de adherirse al tratamiento prescrito. Además, se deben abordar aspectos como el reconocimiento temprano de los síntomas de alarma, para que el paciente pueda buscar atención médica oportuna en caso de recurrencia (15).

La promoción de hábitos saludables es otro pilar fundamental. Esto incluye fomentar una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas; incentivar la actividad física regular adaptada a las capacidades del paciente; y brindar apoyo para el abandono del tabaquismo y la reducción del consumo de alcohol. En este contexto, las intervenciones educativas grupales o individuales, así como el acceso a recursos comunitarios, pueden ser herramientas valiosas (16).

Por otro lado, es esencial abordar el manejo del estrés y los factores psicológicos que puedan influir en la salud cardiovascular. Estrategias como técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual o la participación en grupos de apoyo pueden ser beneficiosas para mejorar el bienestar emocional del paciente (16).

Finalmente, se debe involucrar a la familia o cuidadores en el proceso educativo, ya que su apoyo es clave para garantizar el éxito a largo plazo. La comunicación efectiva entre el equipo de salud y el entorno familiar puede facilitar una mejor comprensión de las necesidades del paciente y promover un entorno que favorezca su recuperación (16).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el manejo del dolor torácico en la unidad coronaria requiere un enfoque integral que combine protocolos de atención bien estructurados con una evaluación inicial eficiente por parte del personal de enfermería. La identificación temprana de signos y síntomas críticos es fundamental para garantizar una intervención oportuna y prevenir complicaciones mayores. En este contexto, el papel del personal de enfermería resulta esencial, ya que su capacidad para realizar una valoración precisa y aplicar protocolos establecidos puede marcar la diferencia en los resultados clínicos del paciente. Además, la implementación de estrategias basadas en evidencia y la capacitación continua del equipo de salud son pilares fundamentales para optimizar la atención. La colaboración interdisciplinaria y el uso de herramientas diagnósticas

adecuadas complementan este proceso, asegurando un abordaje integral y centrado en el paciente. Por lo tanto, reforzar la formación del personal sanitario y promover la adherencia a guías clínicas actualizadas son medidas clave para mejorar los estándares de atención en esta área crítica. En última instancia, un manejo eficaz del dolor torácico no solo impacta en la supervivencia, sino también en la calidad de vida de los pacientes, consolidando así el rol crucial de la enfermería en el cuidado cardiovascular.

REFERENCIAS

1. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: executive summary. *J Am Coll Cardiol*. 2015;64(24):2645-2687. doi:10.1016/j.jacc.2014.09.017
2. Goldberg A, Litt HI. Evaluation of the patient with acute chest pain. *Radiol Clin North Am*. 2010 Jul;48(4):745-55. doi: 10.1016/j.rcl.2010.05.003.
3. Dawson L, Nehme E, Nehme Z, Zomer E, Bloom J, et al. Healthcare cost burden of acute chest pain presentations. *Emerg Med J*. 2023 Jun;40(6):437-443. doi: 10.1136/emered-2022-212674.
4. Jneid H, Alam M, Virani SS, Bozkurt B. Redefining myocardial infarction: what is new in the ESC/ACCF/AHA/WHF Third Universal Definition of myocardial infarction? *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2013 Jul-Sep;9(3):169-72. doi: 10.14797/mdcj-9-3-169.
5. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, et al; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021 Apr 7;42(14):1289-1367. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575.
6. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli C, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018 Jan 7;39(2):119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393.
7. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, et al; Executive Group on behalf of the Joint European Society of Cardiology (ESC)/American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)/World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Circulation*. 2018 Nov 13;138(20):e618-e651. doi: 10.1161/CIR.0000000000000617.
8. Chapman AR, Adamson PD, Mills NL. Assessment and classification of patients with myocardial injury and infarction in clinical practice. *Heart*. 2017 Jan 1;103(1):10-18. doi: 10.1136/heartjnl-2016-309530.
9. Bonnet G, Panagides V, Becker M, Rivière N, Yvoret C, et al. ST-segment elevation myocardial infarction: Management and association with prognosis during the COVID-19 pandemic in France. *Arch Cardiovasc Dis*. 2021 May;114(5):340-351. doi: 10.1016/j.acvd.2021.01.005.
10. Ibáñez B, Heusch G, Ovize M, Van de Werf F. Evolving therapies for myocardial ischemia/reperfusion injury. *J Am Coll Cardiol*. 2015 Apr 14;65(14):1454-71. doi: 10.1016/j.jacc.2015.02.032.
11. Ski CF, Taylor RS, McGuigan K, Long L, Lambert JD, et al. Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2025 Mar 3;24(2):194-204. doi: 10.1093/eurjcn/zvae113.
12. Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2018 Oct;80(8):742-753. doi: 10.1097/PSY.0000000000000626.
13. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6(6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
14. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;2013(3):CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
15. Sokalski T, Hayden KA, Raffin S, Singh P, King K. Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *J Cardiovasc Nurs*. 2020 Mar/Apr;35(2):107-115. doi: 10.1097/JCN.0000000000000627.
16. Kalantarzadeh M, Yousefi H, Alavi M, Maghsoudi J. Adherence Barriers to Treatment of Patients with Cardiovascular Diseases: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022 Aug 9;27(4):317-324. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_307_21.