



Evaluación de la costocondritis

Los síntomas dolorosos de este trastorno de carácter benigno pueden ser similares a los del infarto agudo de miocardio y a los de la embolia pulmonar. Sepa qué está ocurriendo realmente.

Amy Wisniewski, RN, BSN

El dolor torácico puede ser indicativo de un cuadro cardíaco o pulmonar potencialmente mortal. Por tanto, lo adecuado es una evaluación rápida y detallada del paciente, poniéndonos en lo peor mientras no se demuestre lo contrario. Sin embargo, alrededor de la tercera parte de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias con un cuadro de dolor torácico sufre costocondritis, un trastorno de carácter benigno y evolución autolimitada. La causa es a menudo desconocida, aunque son posibles factores etiológicos los traumatismos repetitivos de grado menor y la actividad física extenuante realizada por personas que no tienen costumbre de ello. Otras causas son la infección respiratoria superior (la respuesta del organismo frente a un virus o bien la sobrecarga inducida por la tos repetida); los traumatismos directos sobre la pared torácica, tal como ocurre tras un accidente con vehículo de motor, y –raramente– las infecciones fúngicas o bacterianas en pacientes que consumen drogas por vía intravenosa (i.v.) o que han sido intervenidos mediante cirugía torácica.

Las mujeres muestran costocondritis con mayor frecuencia que los varones, y este trastorno es una causa relativamente frecuente de dolor torácico en los niños y en los adolescentes. Hay más información acerca de ello en el cuadro anexo *Fisiopatología de la costocondritis*. En este artículo se exponen las diferencias entre la costocondritis y los cuadros de dolor torácico causados por trastornos potencialmente mortales.

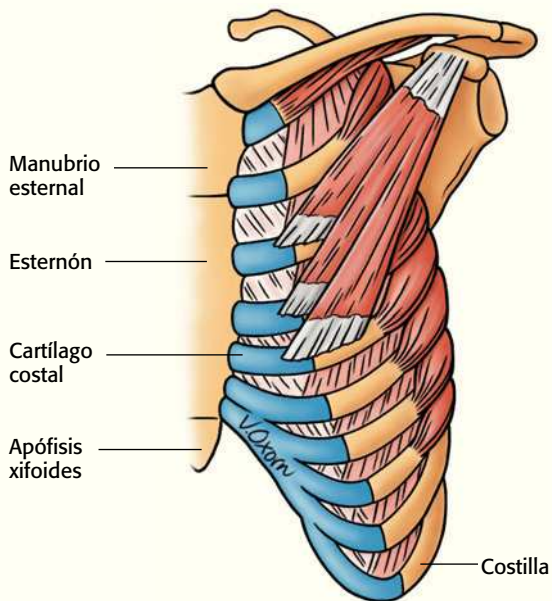
Eliminación de otras causas

El diagnóstico de costocondritis suele ser de exclusión, pues no hay pruebas diagnósticas específicas que permitan determinarlo. En los adultos, el médico debe descartar las lesiones de las articulaciones acromioclaviculares y esternoclaviculares, el herpes zoster, la ansiedad, el infarto de miocardio (IM), la embolia pulmonar (EP), el cáncer de pulmón, el traumatismo contuso, la gota y la pseudogota. En los niños, el diagnóstico diferencial incluye los cuadros de asma, esofagitis, reflujo gastroesofágico, neumonía y neumotórax.

Cuando usted realiza la valoración de un paciente con dolor torácico, uno de sus primeros actos ha de ser el de realizar una historia clínica breve y dirigida del dolor. He aquí las preguntas que deben efectuarse:

- **Inicio del dolor.** Determine el momento de comienzo del dolor y si el paciente ha realizado recientemente algún esfuerzo al que no está acostumbrado, como el levantamiento de un peso importante o movimientos de alcance o distensión.
- **Localización del dolor.** La detección de un dolor localizado durante la palpación de la zona afectada es congruente con un diagnóstico de costocondritis.
- **Duración del dolor.** ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que comenzó el dolor?
- **Características.** ¿Cómo describe el paciente su dolor? ¿Es un dolor punzante o sordo? ¿Lo percibe como una opresión sobre el tórax? ¿Es constante o intermitente? Los síntomas de costocondritis pueden ser fluctuantes, según la actividad física del paciente. También es necesario determinar si el dolor se acompaña de náuseas, vómitos o disnea, lo que puede sugerir un origen cardíaco.
- **Factores de agravamiento.** Se le pregunta al paciente si su dolor empeora cuando toma aire profundamente o realiza algún tipo de movimiento. Además, ¿qué es lo que alivia el dolor? ¿Desaparece el dolor cuando se mantiene en reposo? (Este alivio del dolor con el reposo es muy frecuente en la costocondritis, aunque no en todos los casos.)
- **Irradiación del dolor** a los brazos, al cuello o a la mandíbula. De nuevo, esta irradiación puede indicar un problema cardíaco, aunque también se puede observar en la costocondritis.
- **Tratamientos previos.** ¿Han mejorado el problema? También hay que valorar los signos vitales del paciente, incluyendo la SpO₂; extraer una muestra de sangre para el estudio analítico, y preparar al paciente para la realización de otras pruebas diagnósticas como la radiografía de tórax y el electrocardiograma.

Fisiopatología de la costocondritis



La costocondritis aparece cuando el cartílago costal que une las costillas al esternón está inflamado. Puede estar afectada cualquiera de las 7 uniones entre el cartílago costal y las costillas, aunque las que lo hacen con mayor frecuencia son las uniones costocentrales segunda a quinta. En el 90% de los casos se afecta más de una articulación.

El dolor asociado a la costocondritis puede ser leve o intenso, y puede aparecer en la zona esternal superior o sobre las costillas inferiores. Debido a que esta zona presenta abundantes nervios, el dolor puede irradiar hacia los brazos, la espalda o los hombros, imitando así el dolor torácico de origen cardíaco.

El paciente puede describir el dolor como punzante, localizado (sin irradiación) o con empeoramiento a consecuencia de la actividad física. La inspiración profunda es dolorosa debido a que el cartílago inflamado experimenta una distensión adicional. El dolor se puede reproducir con la palpación, a diferencia de lo que ocurre generalmente con el dolor torácico relacionado con problemas cardíacos o pulmonares. Los pacientes no suelen presentar la disnea, las náuseas y los vómitos ni la sudación profusa que acompañan con frecuencia al dolor torácico de origen cardíaco.

A pesar de que el dolor de origen cardíaco se suele asociar característicamente a molestias o a una sensación de opresión en el lado izquierdo, puede adoptar muchas formas, como un dolor torácico difuso o un cuadro de dolor en el brazo y en el cuello. Los marcadores cardíacos séricos, tal como la creatinina-MB y la troponina, pueden ser útiles para

descartar un IM. El médico puede prescribir la administración de heparina o de una perfusión de nitroglicerina hasta que se descarta el origen cardíaco del cuadro. El paciente puede ser ingresado en la unidad de telemetría para su control, y también puede ser evaluado mediante una prueba de esfuerzo o por cateterismo cardíaco para descartar de manera definitiva una coronariopatía.

Los pacientes con EP suelen presentar disnea y taquicardia. Si se sospecha una EP, el médico puede prescribir la administración de oxígeno suplementario y de una perfusión de heparina, y la realización de una gammagrafía pulmonar ventilación/perfusión o de una tomografía computarizada helicoidal del tórax.

La gammagrafía con galio permite detectar la inflamación y se puede realizar en los pacientes que consumen drogas por vía i.v. o que han sido intervenidos mediante cirugía torácica o cardíaca, con objeto de excluir un proceso infeccioso.

Tratamiento de la costocondritis

Si se descartan otras causas de dolor torácico y el médico considera que el paciente padece una costocondritis, el tratamiento se debe centrar en el alivio de los síntomas con reducción de la inflamación. El reposo, la aplicación de calor sobre la zona de dolor (aunque algunos pacientes muestran un alivio mayor con la aplicación de frío) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como naproxeno o ibuprofeno, según lo prescrito, son medidas útiles para aliviar el dolor. El paracetamol también es útil para el alivio del dolor, pero carece de propiedades antiinflamatorias. Si la costocondritis se debe a una infección bacteriana, el médico puede prescribir un ciclo completo de tratamiento con el antibiótico apropiado.

Las técnicas de biorretroactivación y de fisioterapia también pueden ser útiles para potenciar estos tratamientos. Además, el paciente tendrá que corregir cualquier problema de carácter ergonómico que pueda existir en su hogar o en su trabajo; los traumatismos menores de carácter repetitivo, como el hecho de tener que estirarse o inclinarse constantemente de manera excesiva, pueden contribuir a la costocondritis. En algunos pocos casos persiste un dolor significativo y pueden ser necesarias las inyecciones de esteroides o de anestésicos locales, o bien un bloqueo del nervio intercostal.

Consejos para el paciente

Usted debe tranquilizar al paciente en el sentido de que no padece un IM y de que la costocondritis es un problema de carácter benigno que desaparecerá. También tiene que decirle que algunos pacientes muestran un dolor recurrente o persistente y que, incluso después de transcurrido un año, todavía podría seguir experimentando algo de dolor. Para ayudar al paciente a eliminar el dolor asociado a la costocondritis, debe explicarle el uso adecuado de los AINE y sus posibles efectos adversos. Además, debe subrayar la necesidad de reducir o evitar las actividades físicas repetitivas que puedan causar irritación en las zonas dolorosas. El paciente debe saber que si realiza las actividades que causaron la costocondritis antes de haberse recuperado plenamente es

muy probable que experimente una recaída. Es importante la información sobre los aspectos ergonómicos apropiados en el ámbito laboral y sobre el valor de la postura correcta. También son importantes los ejercicios respiratorios, y en algunos casos puede ser necesaria la fijación de la zona dolorosa mediante una férula, con objeto de reducir el dolor.

El dolor torácico puede ser una experiencia que afecte de manera importante al paciente, pero el profesional de enfermería le puede ayudar de forma apreciable a recuperarse cuando es capaz de diferenciar la costochondritis de otros problemas más graves. **II**

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Flowers L. Costochondritis. eMedicine. <http://www.emedicine.com/EMERG/topic116.htm>.

Garry J. Costochondritis. eMedicine. <http://www.emedicine.com/ped/topic487.htm>.

Karnath B, et al. Chest pain: Differentiating cardiac from noncardiac causes. *Hospital Physician*. 36(4):24-38, April 2000.

Pope B. What's at the heart of your patient's chest pain? *Nursing Made Incredibly Easy!* 2(1):8-18, January/February 2004.

Amy Wisniewski es supervisora clínica en el Lehigh Valley Hospital de Allentown, Pensilvania. Este artículo es una adaptación y actualización del artículo «No se preocupe, sólo es un dolor torácico: la costochondritis», publicado por A. Wisniewski en *Nursing* de julio/agosto de 2005.

De actualidad

■ La interrupción de los medicamentos antidiabéticos tras un infarto de miocardio aumenta el riesgo de fallecimiento

Los pacientes que dejan de tomar fármacos antidiabéticos tras padecer un infarto de miocardio (IM) muestran un riesgo mayor de fallecimiento, según los resultados obtenidos en un estudio presentado en la última reunión de la American Diabetes Association celebrada en Washington, D.C.

Un grupo de investigadores de la Yale University School of Medicine, en New Haven (Connecticut), observó que el riesgo de fallecimiento de los pacientes que recibieron el alta tras un IM sin prescripción de medicamentos frente a la hiperglucemia fue un 9% mayor que el de los pacientes que siguieron tomando el tratamiento antidiabético. Los datos correspondientes a los 8.751 pacientes estudiados se obtuvieron a través del National Heart Care Project, patrocinado por el Centers for Medicare and Medicaid Services.

Los investigadores señalaron que la dieta cardíaca estricta durante la hospitalización es útil para normalizar los valores de la glucosa en sangre, de manera que pueden no ser necesarios los medicamentos frente a la hiperglucemia cuando el paciente recibe el alta. Sin embargo, los pacientes pueden presentar alteraciones en el control de la glucemia cuando ya están en su domicilio, lo que incrementa su riesgo cardiovascular.

■ La pasta oral de clorhexidina reduce el riesgo de NAV

La aplicación cada 6 h de una pasta de clorhexidina en la cavidad oral de los pacientes en situación de ventilación

mecánica es un método muy barato para reducir el riesgo de neumonía asociada al ventilador (NAV), según los resultados obtenidos en un estudio efectuado por investigadores holandeses.

Los investigadores evaluaron a 385 pacientes en situación crítica que habían permanecido en ventilación mecánica durante al menos 48 h. En este estudio, realizado con control mediante enmascaramiento doble, se aplicó una pasta de clorhexidina al 2% sobre la mucosa yugal de 127 pacientes, mientras que en otro grupo de 128 pacientes se aplicó una pasta de clorhexidina al 2% y de colistina (un antibiótico) al 2%. Finalmente, un tercer grupo de 130 pacientes recibió una pasta placebo.

La incidencia de NAV se redujo en un 65% en el grupo de clorhexidina y en un 55% en el grupo de combinación. Desarrolló NAV el 18% de los pacientes del grupo control, en comparación con el 13% de los del grupo de combinación y el 10% de los del grupo de clorhexidina. No obstante, las pastas no redujeron la duración de la hospitalización ni tampoco del tratamiento con ventilación mecánica, y no modificaron la tasa global de supervivencia de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos.

Los investigadores señalaron que son necesarios nuevos estudios sobre la forma de utilización de la clorhexidina junto con otros tratamientos, con el objetivo de reducir la incidencia de NAV. **II**

Fuente: Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, M. Koeman et al, 15 de junio de 2006.

Nursing2007
EDICIÓN ESPAÑOLA

www.doyma.es/nursing