

MANEJO EN URGENCIAS DEL DOLOR TORÁCICO (DT)

TAREK ABDELNAHET HAMED (DUE)

PALABRAS CLAVE: Dolor Torácico, Urgencias, Diagnostico, Protocolos.

INTRODUCCIÓN

El manejo del dolor torácico (DT) es una de las causas más frecuentes de asistencia a los servicios de urgencias en todo el mundo y aunque en un número considerable de casos no suele ser grave, requieren de igual modo de varias pruebas para su diagnóstico diferencial. En los casos graves (Síndrome Coronario Agudo) el diagnóstico rápido es vital ya que el retraso en la asistencia o la mala interpretación de síntomas podría ser fatal para el paciente. Es por ello imprescindible un correcto estudio de la sintomatología, los factores de riesgo y una rápida interpretación de los resultados analíticos y del electrocardiograma para atender de manera precisa a los pacientes con esta afectación.



METODOLOGÍA

Se exponen los protocolos de abordaje del DT en urgencias basado en la búsqueda bibliográfica en bases de datos médicas y de enfermería (PubMed, Cuiden, Medline) así como de artículos de revistas especializadas.

OBJETIVO

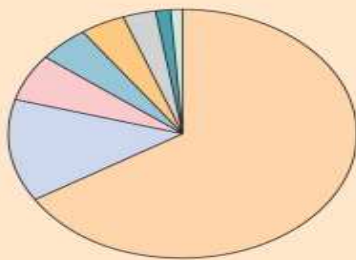
Describir el protocolo de manejo en pacientes con DT en un servicio de urgencias.

RESULTADOS

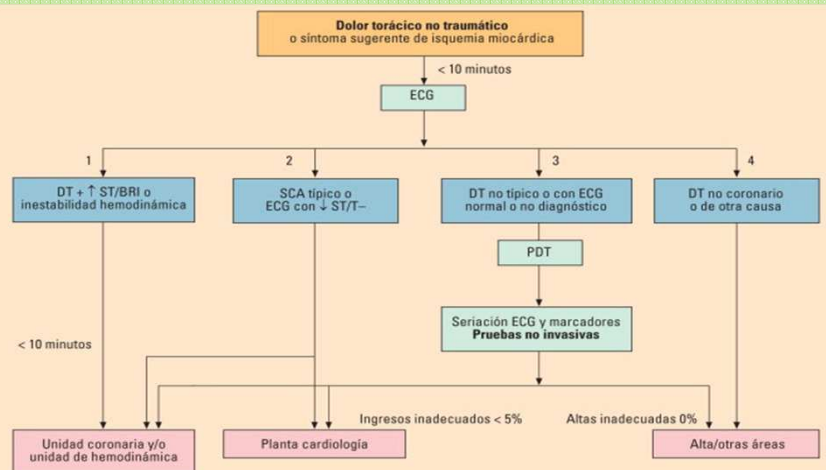
El dolor torácico agudo es un síntoma frecuente que supone entre el 5 y el 20% del volumen total de las Urgencias médicas hospitalarias y su posible asociación con patologías potencialmente mortales y, en concreto, con el síndrome coronario agudo (SCA) puede provocar ingresos innecesarios y altas inadecuadas. Estos ingresos se evitan con un diagnóstico inicial más preciso.

Probabilidad de presentar síndrome coronario agudo. Depende de los antecedentes de enfermedad aterosclerótica sintomática, de los factores de riesgo cardiovascular y de las características del dolor torácico. Estas tres variables se pueden combinar mediante el índice UDT65 (Uso de aspirina, Diabetes, Tipicidad del Dolor torácico y 65 o más años). El índice UDT65 está validado y permite una valoración rápida e integral de la probabilidad de enfermedad coronaria, adjudicando un punto por cada una de estas 4 variables. Es decir, los pacientes con índice 0 tienen una probabilidad tan baja (valor predictivo negativo del 99,9%) que no precisarían siquiera la valoración en una unidad de dolor torácico ni la realización de una prueba de detección de isquemia. Es importante recalcar que estos pacientes son aproximadamente la mitad del total de enfermos con DT agudo. Los pacientes con índices 1 o 2 son los que habitualmente se valoran en las unidades de dolor torácico, mientras que los pacientes con índices 3 o 4 se deberían ingresar directamente en la mayoría de los casos.

Unidades de dolor torácico. Los pacientes con ECG normal o no diagnóstico y probabilidad baja-intermedia o intermedia de presentar un síndrome coronario agudo (habitualmente con UDT65 1 o 2) deben evaluarse en unidades de dolor torácico (UDT). Tras descartar aumentos significativos de troponina se realizan pruebas de detección de isquemia, si el resultado es de buen pronóstico se evita un ingreso innecesario del paciente.



■	Dolor atípico, mecánico o no coronario, costocondritis (59%)
■	Patología bronquial. Neumonía (11,7%)
■	Síndrome ansioso/depresivo (5,5%)
■	Angina estable o secundaria (anemia, hipertensión) (4,1%)
■	Fibrilación auricular, TSMP (3,8%)
■	Dolor de origen digestivo (2,7%)
■	Dolor pleurítico o derrame pleural (1,2%)
■	Pericarditis (0,9%)



CONCLUSIONES

La aplicación de los protocolos de actuación y de guías de práctica clínica así como un correcto uso de las pruebas complementarias que deriven en un diagnóstico certero se consigue reducir de manera importante la morbimortalidad causada por DT en los pacientes que acuden a los servicios de urgencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) M. Martínez-Sellés, H. Bueno, A. Sacristan, A. Estévez, J. Ortiz, L. Gallego, *et al.* Dolor torácico en urgencias: frecuencia, perfil clínico y estratificación de riesgo. *Rev Esp Cardiol*, 61 (2008), pp. 953–959.
- 2) M. Martínez-Sellés, J. Ortiz, A. Estévez, J. Andueza, J. de Miguel, H. Bueno. Un nuevo índice de riesgo para pacientes con ECG normal o no diagnóstico ingresados en la unidad de dolor torácico. *Rev Esp Cardiol*, 58 (2005), pp. 782–788.
- 3) M. Martínez-Sellés, T. Datino, A. Estévez, F. Fernández Avilés. Dolor torácico con elevación de troponina y coronarias sin lesiones significativas no suele ser infarto. *Rev Esp Cardiol*, 63 (2010), pp. 371–372.
- 4) H. Bueno, A. Bardají, A. Fernández-Ortiz, J. Marrugat, H. Martí, M. Heras. Manejo del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en España. Estudio DESCARTES (Descripción del Estado de los Síndromes Coronarios Agudos en un Registro Temporal Español) *Rev Esp Cardiol*, 58 (2005), pp. 244–252.
- 5) A. Bardají, M. Martínez-Sellés, X. García-Moll, H. Bueno. Ejemplos de intervenciones para mejorar la calidad de la atención al SCASEST *Rev Esp Cardiol Supl*, 5 (2005), pp. C47–C52.