



Sociedad Argentina de Emergencias

## **Recomendación de categorización de riesgo inicial en el paciente con DOLOR DE PECHO**

A.J.Machado

### **DESCARTAR CAUSAS DE COMPROMISO VITAL INMINENTE**

Pensar en **TORAX**

- T** Tromboembolismo Pulmonar
- O** Oclusión Coronaria (Síndrome coronario agudo: ST, ó No ST)
- R** Ruptura Esofágica
- A** Aneurisma Disecante de Aorta
- X** Neumotórax a tensión

### **VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON DOLOR DE PECHO (DP)**

#### **Ubicación en el tema**

- Dolor ubicado entre el diafragma y la base del cuello.
- 5-7% de las consultas en los Servicios de Emergencias.
- Modo de presentación frecuente de entidades de alta morbimortalidad en corto y mediano plazo.
- Problemas serios en el diagnóstico en un 50% de pacientes.
- Requiere velocidad en el triage inicial ya que muchas etiologías que se presentan con este motivo de consulta poseen una ventana estrecha (tiempo entre el inicio del cuadro y la instalación del tratamiento adecuado) y las demoras en el tratamiento inicial repercuten negativamente en el pronóstico.
- Las características del dolor, muchas veces no tienen relación con la severidad de la patología subyacente.

## Valoración y Categorización de Riesgo iniciales

ABC

La edad y el sexo a simple vista ayudan en la primera categorización de riesgo.

Crítico o no crítico están definidos por el compromiso de alguno de los signos vitales que rápidamente pueden ser valorados en emergencias:

TAS (mmHg) > de 170 ó < de 90, FC (por min) > 100 ó < 60, FR (por min) > 24 ó < 10, Temperatura Axilar (°C) > 38 ó < 35,2; Trastornos del nivel de conciencia, son todos signos que indican alto riesgo.

El ECG y la Rx tórax, son claves en la evaluación inicial del Dolor de Pecho.

### **Factores de riesgo que se relacionan con distintas causas que generan Dolor de Pecho**

Episodio de vómito, Postprandial, Ingestión de Cuerpo Extraño, Ingestión de Cáusticos, Alcoholismo, Patología Esofágica ó Gástrica; pueden estar relacionados con **ruptura de esófago**.

Trauma reciente puede estar relacionado con causas **respiratorias, digestivas o cardiovasculares**.

Intubación Orotraqueal, Tipo asténico, Antecedente de Neumotórax, Maniobra de Valsalva, Acceso de Tos; pueden estar relacionados con **neumotórax**.

Hipertensión Arterial, Enfermedad Autoinmune, Enfermedad del Tejido Conectivo, Enfermedad Vasculal ó de Válvula Aórtica, Síndrome de Marfán, Fiebre Reumática, embarazo; pueden estar relacionados con **dissección de Aorta**.

Infarto de miocardio o Cirugía Cardíaca reciente, Radioterapia Mediastinal, Uremia, Drogas, algunas Medicaciones, Pericarditis Previa, Infección actual; pueden estar relacionadas con pericarditis.

Inmovilización Prolongada, Cirugía en los últimos 3 meses, Historia de Trombosis venosa profunda o Tromboembolismo previo, Neoplasia, Trauma pélvico o de Miembros inferiores, Embarazo, Anticonceptivos Orales, Obesidad, Hipercoagulabilidad, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Viaje prolongado; pueden estar relacionados con **Tromboembolismo Pulmonar**.

Tabaquismo, Edad y sexo, Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Stress, Personalidad tipo A, Sedentarismo, Consumo

Cocaína, IAM o intervención Cardíaca reciente pueden estar relacionados con **infarto agudo de miocardio o cuadro anginoso**.

### **Características del Dolor de Pecho**

Considerar nuestra *PRIMERA IMPRESIÓN EN DOLOR DE PECHO*: Coronario, Dudoso, No Coronario. (Debido a la alta prevalencia y el alto riesgo que el dolor de origen coronario lleva implícito.)

Y valorar el dolor con **CALMA**

**C** TIPO o CALIDAD: Puntada, Opresivo, Quemante, Indigestión, Retorcimiento, Desgarrante, Molestia no dolor, Sensación rara  
INTENSIDAD Ó CANTIDAD: Escala de 1 a 10 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

**A** APARICIÓN Ó INICIO:  
Instalación Súbita: SCA, Disección de Aorta, Rotura de Esófago, Neumotórax  
Instalación Gradual: Neumonía, Pericarditis  
Realizando Esfuerzo: SCA, Neumotórax  
En Reposo: SCA  
Tosiendo: Neumotórax  
Consumidor de Cocaína: SCA  
Trauma Reciente: Neumotórax, Rotura de Esófago, Disección de Aorta, Taponamiento

TIEMPO Ó DURACIÓN: Horas <1- 1-2-3 -4-5-6-7-8-9-10-11-12- e/ 12-24- e/24-48 - >48

**L** LOCALIZACIÓN: Precordial, Epigástrico, Retroesternal, Interescapular, Espalda, Hombro Izquierdo, Brazo Izquierdo, Hombro Derecho, Región Anteroinferior Derecha, Cuello, Mandíbula, Muñecas

IRRADIACIÓN: Precordial, Epigástrico, Retroesternal, Interescapular, Espalda, Hombro Izquierdo, Brazo Izquierdo, Hombro Derecho, Región Anteroinferior Derecha, Cuello, Mandíbula, Muñecas, Abdomen, MMII

## **M MODIFICADORES DEL DOLOR:**

Inspiración profunda, tos, deglución: aumentan el dolor en pericarditis, neumotórax, condritis, y a veces en TEP.

Nitritos: Disminuyen el dolor SCA, Espasmo esofágico, a veces la gastritis

Antiácidos: Disminuyen el dolor del SME Ácido-péptico, y a veces el SCA

Ansiolíticos: Disminuyen el dolor por stress

## **A SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS:**

Sudor, Disnea, Fatiga, Debilidad, Náuseas, Vómitos, Diaforesis, Taquicardia, Taquipnea, Bradicardia, bradipnea, Tos, Síncope, Hipotensión, Shock, Confusión, Alteración del nivel de conciencia, Fiebre, Enfisema Subcutáneo, Hemoptisis, Asimetría de pulsos, Ansiedad, TVP, Flebitis, Desasosiego, Frote Pleural, Frote pericárdico, Expectoración, Insuficiencia Valvular Aórtica, Signos de isquemia en otros sectores, Stroke, Timpanismo en algún sector pulmonar, Ingurgitación yugular, Signos de Insuficiencia Cardíaca.

### **Criterios de gravedad**

Igual que en la categorización de riesgo inicial, Hipotensión, Hipertensión, Taqui o Bradicardia, alteraciones de la frecuencia respiratoria, fiebre, y trastornos del nivel de conciencia, son signos de gravedad del DP.

La edad, y las comorbilidades del paciente, así como factores de riesgo, signos ó síntomas que sugieran cualquiera de las 5 entidades mencionadas arriba, nos hablan de riesgo vital inminente; donde pocos

minutos, es el tiempo con que contamos para iniciar el tratamiento adecuado.

### **Comparación ECG y RX tórax:**

Tromboembolismo Pulmonar: ECG + / - ; RX + / -

Síndrome Coronario Agudo: ECG +; RX -/+ puede mostrar signos de falla de bomba

Ruptura Esofágica: ECG - ; RX + Líquido o aire en mediastino

Disección de Aorta: ECG - /+; RX + ensanchamiento mediastinal

### **Otras Causas de DP**

**Cardiovasculares no Coronarias:** Prolapso Mitral, Estenosis Aórtica, Pericarditis, Taponamiento, Miocarditis, Miocardiopatía Hipertrófica

**Pulmonares:** Neumonía, Pleuritis, Mediastinitis, Tumor de pulmón, Neumomediastino

**Gastrointestinales:** Espasmo esofágico, Colecistitis, Reflujo esofágico, Cólico biliar, Gastritis, Úlcera péptica, Pancreatitis

**Musculoesqueléticas:** Contractura muscular. Fractura costal, Artritis, Tumor musculoesquelético, Costocondritis

**Neurológicas:** Compresión de raíz espinal, Herpes zoster, Neuralgia postherpética

**Psicógenas:** Hiperventilación psicógena, Ataque de Pánico, Dolor sin causa orgánica

### **Causas de mayor prevalencia**

Son muy prevalentes las causas gastrointestinales, musculoesqueléticas, y también se presentan con relativa frecuencia los dolores sin causa orgánica.

25% de los dolores de pecho que son evaluados por los Servicios de Emergencias, corresponden a Síndromes Coronarios Agudos.

### **DP en emergencias y ECG**

#### ECG INICIAL Y DIAGNÓSTICO FINAL

De acuerdo a lo publicado por el Multicenter Chest Pain Study, y el estudio GUARDIA de la Sociedad Argentina de Cardiología:

Pacientes que se presentan con dolor de pecho y supradesnivel del ST, resultan entre un 73 a 78% IAM, entre un 10 a 13% SCA no ST, y entre un 12 a 14% no cuadros coronarios. Aquellos con otros trastornos del ST/T, 19 a 21% resultan IAM, 45 a 47% presentan SCA no ST, y entre un 32 a 36% resultaron no cuadros coronarios. Los que presentan ECG inespecífico sólo 3 a 4% resultaron IAM, 12 al 22% SCA no ST, y 75 a 86% no fueron coronarios. Por último, pacientes con dolor de pecho que mostraban ECG normal 0,5 a 1% terminaron siendo IAM, 4 a 7% SCA no ST, y 92 a 95% cuadros no coronarios.

(SCA - síndrome coronario agudo)

### **Manejo inicial**

ABC

O<sub>2</sub>, EV, Monitor cardíaco, Oximetría de pulso

Signos Vitales

Siempre identificar y tratar inmediatamente situaciones que pongan en riesgo la vida del paciente, antes de cualquier otra actitud

En DP especialmente identificar y tratar inmediatamente las arritmias de riesgo vital, la hipotensión, el shock y el edema agudo de pulmón  
En DP siempre ECG, y disponibilidad inmediata de desfibrilador

Interrogatorio dirigido

Examen físico focalizado

Radiografía (Rx) de Tórax

Ante la sospecha de síndrome coronario agudo en emergencias valorar:

- 1) con ST - Elevación del ST - Ventana terapéutica estrecha, rápidamente se debe permeabilizar la arteria, con fibrinolíticos o angioplastia)
- 2) sin ST - Infradesnivel del ST, ECG normal, o alteraciones de la T -

De acuerdo a la sospecha etiológica guiaremos las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Rosen P. et al. Eds. Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice 5º ed. Mosby Inc., 2002.

Tintinalli JE, ed. Emergency Medicine: a comprehensive study guide, 5º ed. McGraw-Hill, 2000.

American College of Emergency Physicians: Clinical policy for the initial approach to adults presenting with a chief complaint of chest pain, with no history of trauma. Ann Emerg Med 1995; 25:274-299.

AHA, ACC. Consensus Guidelines on Chest Pain Management. Anderson R., Antman E. M., et al. eds. AHA/ACC Publications, 1996.