

Dolor torácico y observación en el Servicio de Urgencias

D.V. Pérez Civantos

Médico Adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital Provincial de Badajoz

Introducción

La muerte súbita (MS) por cardiopatía isquémica (CI) es la más prominente emergencia médica de hoy día¹.

La CI es responsable de más de 600.000 muertes al año en los EE.UU.¹ En nuestro país, las muertes anuales por esta patología son de aproximadamente unas 30.000, lo que supone el 10,3% de la mortalidad global^{2,4}, cifra ésta muy similar a la de otros países mediterráneos y muy inferior a la de países nórdicos y EE.UU.

Entre 1968 y 1978, la mortalidad debida a CI declinó un 21% en los EE.UU.; éste descenso se cree debido en un 50% a la modificación de los factores de riesgo coronario en la población y en otro 50% a los adelantos en los cuidados médicos¹. En España, en éste mismo período, la mortalidad por dicha patología aumentó un 6,2% en hombres y un 4,6% en mujeres⁵.

Aproximadamente dos tercios de las MS por CI ocurren fuera del Hospital, y generalmente en las dos primeras horas tras el comienzo de los síntomas; el 90% de estas muertes son pacientes con menos de 65 años¹.

Palabras clave

Cardiopatía Isquémica, Unidad de Observación, Servicio de Urgencias.

Caso clínico

Paciente varón de 49 años con antecedentes de gastritis y sin ningún factor de riesgo coronario conocido que acude a nuestro Servicio de Urgencias (SU) refiriendo dolor precordial punzante-opresivo, continuo, no irradiado, de unos 30 minutos de duración, el cual se presentó mientras realizaba sus tareas profesionales habituales (sin relación con esfuerzo físico importante). Dicho dolor no se acompañaba de cortejo vagal.

En la exploración el paciente se encontraba consciente, orientado, con buena coloración de piel y mucosas, bien perfundido y sin signos de PVC aumentada. Sus constantes vitales eran FC: 80;TA: 100/80; FR: 14; T: 36 °C. La exploración cardiopulmonar era rigurosamente normal. Abdomen blando, sin visceromegalias ni puntos dolorosos. Extremidades sin alteraciones. El estudio E.C.G. a su llegada no mostraba ninguna alteración significativa. Estudio radiográfico de tórax y ecocardiograma normal. En el estudio hematológico y bioquímico lo único a destacar fue una GOT 62 U/l, LDH 411 U/l, CPK 630 U/l y CK-MB 0,70.

A los pocos minutos de ser asistido, experimenta notable mejoría con desaparición del dolor; no obstante se decide su paso a la Unidad de Observación de Urgencias (U.O.U.), donde se le monitoriza y continúa con línea venosa y sueroterapia de mantenimiento para el control de evolución. Tras cuatro horas en dicha unidad y sin referir nuevos episodios de dolor, se practica nuevo estudio E.C.G. y bioquímico. No se hallan cambios en el trazado electrocardiográfico respecto al anterior, y los fermentos cardíacos mostraban GOT 66 U/l, LDH 385 U/l, GPT 769 U/l y CK-MB 0,79.

A pesar de la ausencia de sintomatología clínica y de la normalidad del E.C.G., los cambios enzimáticos nos obligaron a valorar su ingreso en el Servicio de Cardiología con el fin de realizar ulteriores estudios que descartaran cardiopatía isquémica.

Tres horas después de su ingreso, el paciente sufre nueva crisis de dolor precordial, acompañado de sintomatología vegetativa, sufriendo episodio de pérdida de conocimiento y parada cardiorespiratoria, objetivándose fibrilación ventricular (FV) que revirtió tras maniobras de R.C.P. y descarga asincrónica a 200 julios, recuperando pulso y respiración espontáneas. En el E.C.G. postevento se apreció supradesnivel ST en V₃, V₄, V₅ y V₆. Durante controles posteriores se observó inversión de onda T en

Correspondencia: Dr. Demetrio V. Pérez Civantos. C/ Alcaraz y Alenda n.º 12 esc. 4 – 5º B. 06011 BADAJOZ.

toda la cara anterior sin objetivarse onda Q. Juicio clínico: I.A.M. no transmural, Killip I. Episodio de F.V.

El paciente presentó una buena evolución clínica y alta a los siete días.

Discusión

De todos es conocido la gran versatilidad en presentación de la cardiopatía isquémica, pudiendo mostrar o no cambios electrocardiográficos y analíticos, dentro de un historial típico o atípico⁶. Lo evidente es, que todo paciente con probables signos de I.A.M. necesita de un pronto y adecuado soporte coronario (monitorización E.C.G., línea venosa estable, disponibilidad inmediata de R.C.P. avanzada, etc) y en caso de duda diagnóstica observación atenta hasta descartar el origen coronario, tal y como recomienda la American Heart Association¹, pues de sobra es conocida la alta frecuencia de presentación en las primeras horas, de complicaciones eléctricas como la taquicardia ventricular (TV) (hasta en un 20%) y FV (en aproximadamente un 6%)^{7,8}. En un reciente estudio realizado por Bermejo y cols.⁹, la FV primaria fue superior en los pacientes con I.A.M. que ingresaron en la primera hora tras el comienzo de los síntomas, destacando que el 71% de los pacientes fibrilaron en la primera hora de estancia en el hospital, y el 75% antes de las 4,8 horas. También señala el mismo autor, que en su serie, la menor incidencia de episodios de FVP se presentan en los I.A.M. sin onda Q, hecho que añade cierta curiosidad añadida al caso que se presenta, pues cursó sin onda Q.

El manejo de enfermos con cuadros clínicos no bien definidos, supone un continuo reto para el médico urgencista, el cual se ve frecuentemente presionado por la demanda asistencial, premura de tiempo y limitación de pruebas complementarias; todo esto supone un incremento notable del riesgo de cometer errores diagnósticos que en ocasiones pudieran tener consecuencias fatales y que pueden ser fácilmente reducidos con la simple disponibilidad de un lugar adecuado para la observación y seguimiento de pacientes durante un período de tiempo limitado, que generalmente no superará las 24 horas. Al mismo tiempo, éste tipo de ingresos supondrá un importante ahorro en gastos de hospitalizaciones innecesarias, así como aprovechamiento de las camas disponibles.

La U.O.U. resulta ser un elemento esencial de todo S.U., pues a lo ya comentado anteriormente y tal y como establece el Colegio Americano de Médicos de Emergencia (ACEP)¹⁰, cumple una triple misión: a) observación de pacientes que esperan un diagnóstico y/o tratamiento prolongado; b) pacientes que precisan ingreso y esperan cama en planta; y c) pacientes que no requieren ingreso pero tampoco un alta inmediata.

Conclusión

El dolor torácico exige un manejo cuidadoso de cara a descartar su posible origen coronario. Ante cualquier situación dudosa se impone la repetición de pruebas complementarias y observación monitorizada en un área con dotación adecuada para hacer frente a las complicaciones que pudieran presentarse. Estimamos que las U.O.U. deben ser lugares adecuados por sus características especiales.

Bibliografía

1. AMHEART ASSOCIATION. *Standars and Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC)*. JAMA 1986; 225: 2905-2982.
2. VERLAG W, KOHLHAMMER. *Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Statistisches Jahrbuch*, Hrsg Mainz 1982.
3. SANS S, RODES A, ANDRES J, SEGURA A, BALAGUER-VINTRO J. *Cardiovascular mortality trends 1968-1977 in Spain*. Eur Heart J 4 E; 1983: 104.
4. PISA Z, UEMURA K. *Trends of mortality from ischaemic heart diseases in 27 countries 1968-1977*. Wld Hlth Stat Q. 1985; 3:11-47.
5. BALAGUER-VINTRO, SANS S. *Coronary Heart disease mortality trends and related factors in Spain*. Cardiology 1985; 72: 97-104.
6. MARTIN L, COMA I, GONZALEZI, LOPEZ JL. *"Cardiopatía Isquémica"*. 1ª Ed. Madrid. Ediciones Norma. 1981.
7. RACKLEY CE, RUSSELL RO. *Coronary artery disease. Recognition and management*. Ed. Futura. 1979: 329.
8. NORRIS RM, MERCER CI. *Significance of idioventricular rhythms in acute myocardial infarction*. Prog Cardiovasc Dis. 1974; 16: 455.
9. BERMEJO J, TEJERA MJ, MARTIN F, GIMENO F, et al. *Fibrilación ventricular primaria. Características clínicas y significado pronóstico*. Rev Esp Cardiol 1989; 42: 459-464.
10. AMERICAN COLLEGE of EMERGENCY PHYSICIANS. *Emergency department observation units*. Ann Emerg Med 1988; 17: 95-96.