

DOLOR TORÁCICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mónica Costumero García, Susana de la Flor Picado, Silvia García Pérez, Ana Guijarro Lavín, Alicia Beatriz López Gámez, Elena M^a Otero Álvarez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN

El motivo de consulta de un elevado porcentaje de pacientes que acude al servicio de urgencia es el dolor torácico, dado que son múltiples las patologías que se manifiestan con este síntoma. Muchas de ellas son de pronóstico leve, pero otras tantas pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se realiza un diagnóstico precoz. Una anamnesis adecuada en este tipo de casos nos puede encaminar a un diagnóstico diferencial certero.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento tienen que ser lo más precoces posibles para evitar consecuencias fatales. Aunque no siempre es fácilmente identificable ni se realiza con la celeridad deseada.

Apoyándonos en la bibliografía, en la actividad diaria, y tras la realización de este trabajo, hemos observado que la mayoría de las patologías que se manifiestan con dolor torácico siguen un patrón concreto, tanto en las características del dolor como en los síntomas asociados. Además, la Cardiopatía Isquémica (CI) y el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) están directamente relacionados con factores de riesgo específicos.

Conocer estos datos es importante para el personal de enfermería puesto que es el que toma el primer contacto con el paciente en el servicio de triage. De esta forma podrá darle la prioridad de asistencia que en cada caso precise. No todo paciente con dolor torácico implica gravedad y otros que sí la implican está totalmente enmascarada, puesto que no existe una relación directa entre intensidad y gravedad.

PALABRAS CLAVES: Dolor torácico, triage, factor de riesgo, síntomas, diagnóstico diferencial.

INTRODUCCIÓN

La asistencia que recibe la población en la urgencia comienza en el servicio de triage; en la mayoría de los hospitales esta labor la realiza el personal de enfermería. En nuestro hospital, el triage se realiza con un apoyo informático denominado Manchester que establece, según el color asignado el tiempo máximo en el que debe ser atendido el paciente.

La enfermera debe estar totalmente capacitada para, en pocos minutos y con una breve valoración, saber identificar la posible gravedad o no de ese dolor torácico y asignarle el color de prioridad de asistencia que cada caso precise. Esto hará que ante un cuadro que implique gravedad no se produzca una tardanza innecesaria en su asistencia. Del mismo modo se evitará que a pacientes con patologías leves se les realice una asistencia innecesariamente invasiva.

Es por esto que el personal de enfermería debe conocer las diferentes manifestaciones de un dolor torácico, sus posibles diagnósticos y sus posibles consecuencias si no se realiza un triage adecuado.

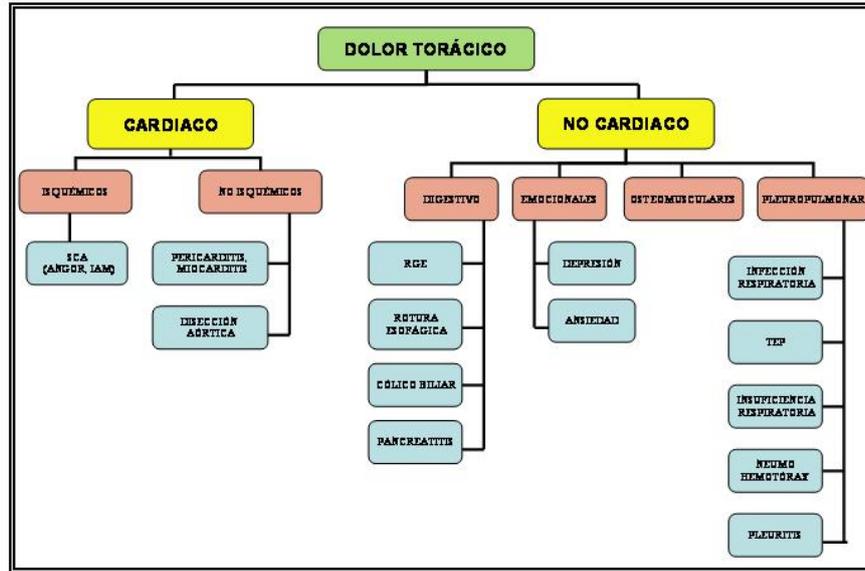
OBJETIVOS

- Determinar los porcentajes que se establecen para cada diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor torácico como síntoma principal.
- Identificar el patrón del dolor y los síntomas asociados comunes a cada uno de los diagnósticos mencionados.
- Identificar los factores de riesgo directamente relacionados con la CI y el TEP.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se hizo una intensa revisión bibliográfica del dolor torácico para conocer sus posibles diagnósticos, a partir de la cual se realizó la siguiente clasificación:

Cuadro 1. Dolor Torácico: Diagnóstico Diferencial



Al mismo tiempo se revisaron las características del dolor en cada uno de los diagnósticos representados en el cuadro anterior, y se confeccionó una lista de los síntomas que acompañan al dolor torácico en cada uno de ellos. Se hizo lo mismo con los factores de riesgo que parecen estar directamente relacionados con la CI y el TEP.

A continuación, se realizó un estudio observacional prospectivo de los pacientes que acudieron a nuestro servicio alegando dolor torácico en el periodo comprendido entre los meses de julio y diciembre de 2006, tomando una muestra de 438 pacientes.

Para la recogida de datos se elaboró una hoja en la que se incluyeron:

- Localización e irradiación del dolor.
- Características del dolor: intensidad, duración, actividad desencadenante, aumento de intensidad o alivio...
- Síntomas asociados
- Factores de riesgo para CI y TEP
- Antecedentes personales y familiares de CI.
- Diagnóstico definitivo.

Cuadro 2.
Hoja de recogida de datos

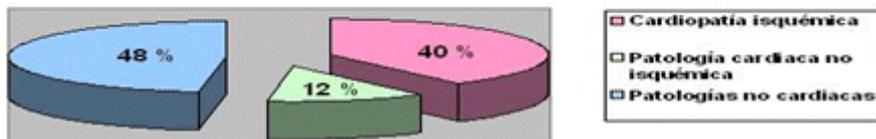
<ul style="list-style-type: none"> • Localización e irradiación del dolor: • Duración: • Características: Opresivo Pinchazo • Desencadenante: Esfuerzo físico Estrés psíquico T° extremas Tras ingesta Catarro reciente Reposo/sueño • Alivio: Reposo Inclinación hacia delante Cambio de postura Eruclar Tomando NTG Tomando analgésicos No alivio • Aumento intensidad: Movimiento Respiración Palpación No aumento • Síntomas asociados: Náuseas / vómitos Fiebre Tos Mareo Pirosis / disfagia Sudoración Disnea 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores riesgo CI: HTA Colesterol Obesidad Tabaquismo Diabetes Sedentarismo Menopausia Anteced. familiares CI Alcohol • Factores riesgo TEF: Inmovilización prolongada Cirugía reciente Trauma (fórnulas, tracciones). Cardiopatía (ICC, arritmias) Triada de Virchow Tumores • A.P de cardiopatía isquémica: SI NO • Diagnóstico definitivo: Cardíaco: Isquémico No isquémico Pleuropulmonar Digestivo Músculo esquelético Emocional
---	---

Tras la cumplimentación de esta hoja de trabajo para cada uno de los pacientes, se trasladaron los datos a varias hojas de cálculo Excel para la obtención de resultados.

RESULTADOS

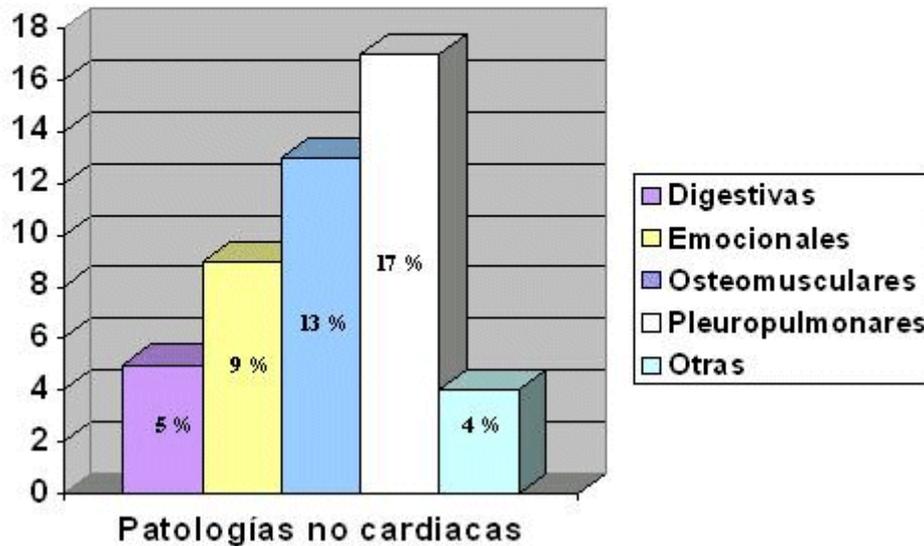
De los pacientes atendidos en el servicio de urgencia aquejados de dolor torácico, el 53 % de ellos fueron diagnosticados de patologías cardíacas, siendo el 40 % Cardiopatía Isquémica.

Cuadro 3.
Porcentajes de Patología Cardíaca y no Cardíaca



El 48 % restantes fueron diagnosticados de patologías de origen no cardíaco, siendo las más notorias las de origen pleuropulmonar con un 17 %, seguida de las osteomusculares con un 13%. Menos incidencia tuvieron las enfermedades digestivas y emocionales con un 5 y 9 % respectivamente.

Cuadro 4.
Porcentajes de Patología no Cardíaca



Según queda reflejado en el cuadro 5, un elevado porcentaje de los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica tenían un perfil concreto de dolor. Describieron el dolor como opresivo, retroesternal y en hemitórax izquierdo, irradiado a MSI, que no se modificaba con la respiración, la tos, ni el movimiento. La mayoría de ellos se acompañaba de cortejo vegetativo y cedía con el reposo y/o nitroglicerina.

El dolor de tipo pleuropulmonar se caracterizaba por ser punzante, de localización costal, y de intensidad variable con la respiración y los movimientos. La mayoría de ellos cursaba con síntomas catarrales, tales como tos, disnea y fiebre.

De todos los pacientes recogidos, dos de ellos fueron diagnosticados de Pericarditis. El dolor que presentaron se caracterizó porque disminuía su intensidad al inclinarse hacia delante.

El dolor de tipo osteomuscular en todos se caracterizó por variar su intensidad con la respiración, los movimientos y la palpación.

Los dolores de tipo ansioso fueron los peores definidos, con mayor localización en hemitórax izquierdo y retroesternal, que les impedía las respiraciones profundas. Solían ir acompañados de un componente psicógeno importante y se observó principalmente en pacientes de mediana edad, a diferencia del dolor de origen isquémico que predominaba en edades más avanzadas.

El dolor de origen digestivo se localizaba fundamentalmente en epigastrio y retroesternal, acompañado de náuseas y vómitos.

Cuadro 5.
Patrón del dolor y síntomas asociados

		CI	Pulmonar	Digestivo	Musculoesq	Emocional
Total pacientes		178	70	18	54	36
Localización	Hemitórax izq	58	30	4	24	18
	Epigastrio	20	0	6	0	4
	Espalda	0	0	0	2	0
	MSI	2	0	0	0	0
	Retroesternal	104	28	8	18	14
	Cuello-mandib	0	0	0	0	0
	Otros	4	12	2	10	0
Irradiación	Hemitórax izq	6	0	0	4	0
	Epigastrio	4	2	2	0	2
	Espalda	10	8	4	4	2
	Cuello	12	0	0	0	0
	MSI	32	2	0	16	8
	MMSS	6	0	0	0	0
	Otros	20	10	2	4	0
Características	Opesivo	154	38	10	36	18
	Pinchazo	18	40	0	22	14
Desencadenante	Esfuerzo físico	66	20	2	12	6
	Estrés psíquico	6	2	0	0	10
	Tª extremas	0	0	0	0	0
	Postprandial	6	0	2	0	2
	Catarro reciente	0	16	2	4	0
	Reposo/sueño	104	32	12	38	18
Alivio	Reposo	30	6	0	6	4
	Inclinación hacia delante	0	0	2	0	0
	Cambio postura	6	6	0	8	2
	Eructar	0	0	2	0	0
	Tomando NTG	42	2	2	4	0
	Tomando analgésicos	8	4	2	6	4
	No alivio	92	50	12	32	26
Aumento intensidad	Movimiento	24	22	4	28	14
	Respiración	18	46	6	26	18
	Palpación	2	18	4	22	10
	No aumento	132	16	8	10	14
Síntomas asociados	Nausea/vómito	50	12	8	4	4
	Fiebre	4	16	0	0	0
	Tos	8	38	0	8	0
	Mareo	48	6	4	12	18
	Pirosis/disfagia	2	2	0	2	2
	Sudoración	78	8	6	8	8
	Disnea	54	30	2	14	10

Todos los pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica tenían al menos 3 de los factores de riesgo cardiovasculares, de lo que se deduce que dichos factores están íntimamente relacionados con el diagnóstico de SCA.

*Cuadro 6.
Factores de Riesgo para CI*

Factores Riesgo para CI	CI	Pulmonar	Digestivo	Musculo-esq	Emocional
HTA	126	40	6	16	8
Dislipemia	68	12	6	10	4
Obesidad	30	10	0	6	0
Tabaquismo	46	30	6	18	10
Diabetes	44	14	0	12	2
Sedentarismo	26	8	0	2	0
Menopausia	52	10	2	12	6
Alcoholismo	8	6	0	10	0
Antecedentes familiares de CI	20	6	4	8	6
Antecedentes personales de CI	98	20	6	14	6

En cuanto al TEP, todos los pacientes que fueron diagnosticados de esta patología presentaban al menos uno de los factores de riesgo para TEP.

CONCLUSIONES

- Con este estudio hemos logrado establecer unos patrones concretos de dolor que nos permite encauzar a la diferenciación de patología cardíaca y no cardíaca. Esto nos permitirá dar a cada uno de ellos la prioridad que en cada caso corresponda, con el menor margen de error posible.
- Así mismo se pone de manifiesto la importancia que tiene conocer los factores de riesgo directamente relacionados con la CI y el TEP para un adecuado triage, al evidenciarse en este estudio que son datos reveladores. Por ello podemos concluir que es poco probable que un paciente que no posea factores de riesgo cardiovasculares sufra un Síndrome Coronario Agudo.
- La misma conclusión se puede aplicar al TEP.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos para CI han sido ligeramente más elevados que en la bibliografía consultada, lo que podría deberse a un sesgo muestral. También puede ser debido a que los diagnósticos recogidos en este estudio son los que se hicieron en el servicio de urgencias, tratándose, para aquellos pacientes cuyo destino no fue el alta domiciliaria, de diagnósticos provisionales que en evaluaciones posteriores podrían variar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcamí J, Alvarez JA, Gómez MC, Durán A, Martín JM. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 1ª edición. Abelló: Madrid; 1985.
- Francois G, Cara M, Deleuze R, Poisvert M. Manual de medicina de urgencias. Toray-Masson: Barcelona; 1976
- Potter D, Rose MB. Urgencias en enfermería. McGraw-Hill-Interamericana: Madrid; 1995.
- Harrison y colaboradores. Principios de medicina interna. 13ª edición. McGraw-Hill-Interamericana: Madrid; 1994.
- Canobbio M. Trastornos cardiovasculares. Doyma; 1993
- Long BC, Philipps WJ. Enfermería médico-quirúrgica. 2ª edición. McGraw-Hill-Interamericana: Madrid; 1992
- Brawnwald. Tratado de cardiología. 7ª edición. McGraw-Hill-Interamericana: Madrid
- Enciclopedia de enfermería Paradigma. Harcour Brace de España. 3ª edición. 1999.
- De Miguel R. Manual del curso Síndrome Coronario Agudo. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid, 2005.