

¿Cómo se presentan clínicamente los pacientes con dolor torácico de origen coronario?

J. Guerrero Parro^a, A. Crespo del Pozo^a, M. T. Santamaría Rodríguez^a y F. J. Rodríguez Alcalá^b

^aCentro de Salud Sillería de Toledo.

^bUnidad Docente de Toledo.

OBJETIVO. Describir las características de los pacientes y la forma de presentación clínica de los dolores torácicos de origen coronario en un servicio de urgencias hospitalarias.

MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo, en 587 pacientes atendidos por dolor torácico en una urgencia hospitalaria. Se seleccionaron aquellos cuyo diagnóstico final fue infarto agudo de miocardio (IAM) o ángor y se valoraron factores de riesgo cardiovascular y características clínicas del dolor. Se consideró dolor torácico típico el que se manifestó de forma opresiva y que tenía dos o más de las siguientes características: localización centrotorácica o en hemitórax izquierdo, irradiado, cortejo vegetativo y duración menor de 30 minutos.

RESULTADOS. De las 587 historias de dolor torácico revisadas, 123 (20,9%) tenían el diagnóstico final de IAM o ángor. De ellos, 86% presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular y 56,1% dos o más. La localización del dolor fue retroesternal en 63,4%, irradiado 51,2%, presentaron sensación opresiva 58,5% y se acompañaron de cortejo vegetativo 38,2%.

El 55,3% (IC95% 43,07-64,17) se presentaron de forma atípica, siendo este porcentaje algo superior en hombres (59,7%) frente a mujeres (49%) ($\text{Chi}^2 = 1,38$; $p=0,24$), así como en fumadores (63%) frente a no fumadores (43,3%) ($\text{Chi}^2 = 3,31$; $p = 0,19$).

CONCLUSIONES. La presentación atípica del dolor torácico de origen coronario es muy frecuente y, aunque puede asociarse a determinadas características del paciente, no parece obedecer a un perfil determinado, lo que nos obliga a no descartar de inicio el posible origen coronario de cualquier dolor torácico y por tanto a realizar en todos una valoración completa.

OBJECTIVE. Describe characteristics of the patients and clinical presentation form of coronary related chest pains in a hospital emergency service.

METHODS: Retrospective observational study in 587 patients seen due to chest pain in a hospital emergency service. Those whose final diagnosis was AMI or angor were selected and cardiovascular risk factors and clinical characteristics of the pain were assessed. Typical chest pain was considered to be that which manifested oppressively and had two or more of the following characteristics: central thorax or left hemithorax location, irradiated, vegetative signs and symptoms and duration under thirty minutes.

RESULTS. Of the 587 clinical histories of chest pain reviewed, 123 (20.9%) had the final diagnosis of AMI or angor. Of these, 86% presented at least one cardiovascular risk factor and 56.1% two or more. The pain site was retrosternal in 63.4%, irradiated 51.2%, 58.5% presented oppressive sensation and 38.2% had vegetative signs and symptoms.

A total of 55.3% (95% CI = 43.07-64.17) presented atypically, this percentage being somewhat higher in men (59.7%) than in women (49%) ($\text{Chi}^2 = 1.38$; $p=0.24$) as well as in smokers (63%) compared to non-smokers (43.3%) ($\text{Chi}^2 = 3.31$; $p = 0.19$).

CONCLUSIONS. Atypical presentation of coronary related chest pain is very frequent and, although it may be associated to certain characteristics of the patient, it does not seem to be due to a certain profile. This makes it necessary for us to not overlook, at first, the possible coronary origin of any chest pain and thus to perform a complete assessment in all the patients.

Key words: chest pain, ischemic heart disease.

Palabras clave: dolor torácico, cardiopatía isquémica.

Correspondencia:
F. J. Rodríguez Alcalá.
Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
Unidad Docente. C/ Barcelona 2. 45005 Toledo.
Correo electrónico: jrodriguez@gapto08.insalud.es

Recibido el 31-05-2002; aceptado para su publicación el 24-12-2002.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes por el que los pacientes acuden a un servicio de urgencias¹⁻³, siendo la cardiopatía isquémica la causa de dolor torácico que mayor interés despierta por su

especial gravedad. Tal es así, que ante una urgencia por dolor torácico, el proceso diagnóstico se centra en descartar su origen coronario, ya que éste tiene una elevada mortalidad en las primeras horas, lo que obliga a una actuación y diagnóstico temprano, dado que la vida del paciente puede depender de ello^{4,5}. Por esta razón, en los servicios de urgencias el dolor torácico se clasifica, habitualmente, como típico o atípico para cardiopatía isquémica⁶.

Se entiende por dolor torácico típico aquel que se presenta como una sensación opresiva, constrictiva, localizada habitualmente con la mano abierta, retroesternal o precordial, con frecuente irradiación a hombro, brazo, antebrazo, muñeca, cuello, maxilar, espalda o epigastrio y acompañado de cortejo vegetativo; pudiendo ser provocado por el infarto agudo de miocardio (IAM) o la angina de pecho estable e inestable^{5,7,8}.

Aunque la forma clínica de presentación desempeña un papel fundamental en la identificación de la posible etiología del dolor, no podemos olvidar que, en ocasiones, dolores catalogados como atípicos son causados por cardiopatía coronaria y que en un buen número de dolores identificados inicialmente como típicos no se confirma finalmente su origen isquémico^{7,9,10}.

Decidimos llevar a cabo el siguiente trabajo, que tuvo como principal objetivo poner de manifiesto las características de los pacientes y la forma de presentación clínica de los dolores torácicos que, finalmente (tras diferentes valoraciones y pruebas complementarias), fueron catalogados como de origen coronario en un servicio de urgencias hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio, que se llevó a cabo durante el año 2001, fue de carácter observacional, descriptivo, retrospectivo, en el ámbito de la urgencia hospitalaria (Hospital Virgen de la Salud de Toledo), sobre aquellos pacientes que acudieron a este servicio durante el período de tiempo que va desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000.

Para ello, realizamos un muestreo sistemático que consiste en extraer del archivo hospitalario las historias de urgencias de aquellos pacientes que ingresaron por dolor torácico en este servicio, durante los 7 primeros días de cada mes par del año evaluado. De ellos, seleccionamos aquellos cuyo diagnóstico final fue IAM o ángor.

Diseñamos un cuestionario para la obtención de datos en el que se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, solicitud de asistencia (a petición propia o derivación facultativa), factores de riesgo cardiovascular (hábito tabáquico, hipertensión arterial [HTA], dislipidemia, diabetes mellitus [DM] y antecedentes previos de cardiopatía isquémica), características clínicas del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, duración, síntomas acompañantes y presencia o no de factores modificadores del dolor).

Se consideró como dolor torácico típico el que se manifestó de forma opresiva y que tenía dos o más de las si-

guientes características: localización centrotorácica o en hemitórax izquierdo, irradiado, con cortejo vegetativo y duración menor o igual de 30 minutos; considerándose como atípico al dolor que no cumplía dichos criterios.

El procesamiento estadístico de las variables se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS versión 9.0, realizándose una descripción estadística de cada variable con sus medidas de dispersión. Para la comparación de medias utilizamos las pruebas de ANOVA y "t" de Student y la del Chi² para comparar variables cualitativas.

RESULTADOS

De las 587 historias de dolor torácico revisadas (todos los dolores torácicos que acudieron al servicio de urgencias durante el período analizado), 123 (20,9%) tenían el diagnóstico final de IAM (23) o ángor (100).

La edad media de los pacientes fue de 57,7 años (DE = 17,9), siendo hombres el 58,5%. Acudieron a este servicio derivados desde Atención Primaria el 63,6% de los casos y un 36,4% lo hicieron por iniciativa propia. En cuanto a factores de riesgo cardiovascular, se distribuyeron porcentualmente según como queda reflejado en la figura 1. Presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular un 86% y dos o más factores de riesgo cardiovascular un 56,1%.

En cuanto a las características clínicas de los pacientes fueron las siguientes: la localización del dolor fue retroesternal en 63,4%, irradiado en 51,2%, presentando una sensación opresiva un 58,5% y acompañado de cortejo vegetativo un 38,2%.

El número de pacientes que presentaron dolor torácico de origen coronario se distribuyó a lo largo de los meses según queda reflejado en la figura 2.

El 55,3% (IC95% 43,07-64,17) de aquellos dolores torácicos que finalmente fueron diagnosticados como IAM o ángor, se presentaron de forma atípica, siendo este porcentaje algo superior en hombres (59,7%) frente a muje-

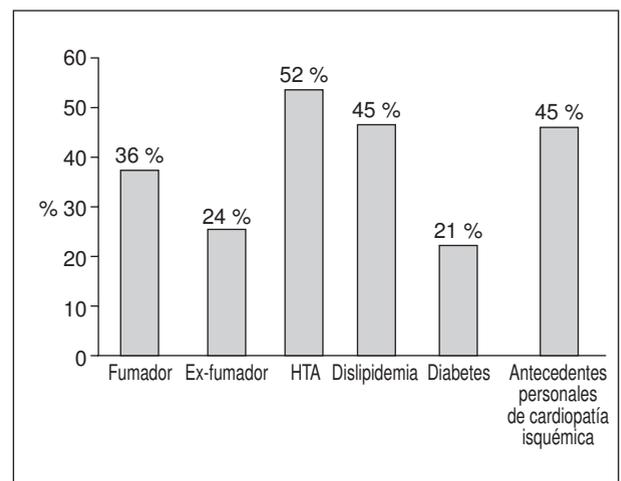


Figura 1. Porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes que se diagnosticó finalmente como infarto agudo de miocardio o ángor. HTA: hipertensión arterial.

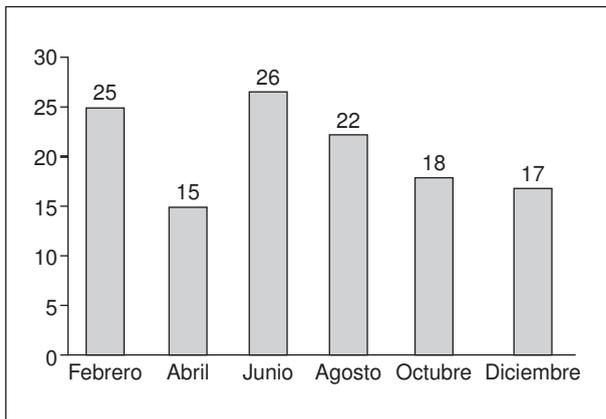


Figura 2. Distribución de los casos de dolor torácico de origen coronario a lo largo del período de estudio.

res (49%) ($\text{Chi}^2= 1,38; p=0,24; 1-\beta=17\%$), así como en los pacientes fumadores (63%) frente a los no fumadores (43,3%) ($\text{Chi}^2= 3,31; p= 0,19; 1-\beta=78\%$). En la figura 3 queda reflejado el porcentaje de dolores torácicos de presentación clínica atípica en función de los factores de riesgo cardiovasculares analizados.

DISCUSIÓN

Es fundamental en nuestra práctica clínica, especialmente en los servicios de urgencias, el diagnóstico acertado de un dolor torácico, pues en numerosas ocasiones de ello depende el pronóstico de los pacientes; para esto hemos de tener en cuenta numerosos factores, entre ellos la presentación clínica y los diferentes factores de riesgo de nuestros pacientes. Una correcta anamnesis e historia clínica es una de nuestras principales ayudas, sin embargo, y como ya hemos visto, muchos de los dolores torá-

cicos de etiología cardiológica se presentan de forma atípica, por lo que hemos de estar alerta.

Antes de pasar a analizar los resultados de nuestro trabajo, quisiéramos destacar que dado que la fuente de recogida de datos fueron las historias clínicas hospitalarias elaboradas en el servicio de urgencias, y considerando que se trabaja con intensa premura, es muy probable que exista un infrarregistro en la cumplimentación adecuada de dichas historias^{4,11}, lo que puede afectar a la validez de algunos de nuestros resultados (factores de riesgo cardiovascular), aunque a nuestro parecer no afecta a los principales, ya que las características clínicas de los dolores torácicos no suelen faltar en las historias de urgencias.

No creemos que el tipo de muestreo sistemático utilizado para la realización del presente trabajo suponga un sesgo para la interpretación de los resultados, pues pensamos, y así aparece recogido en la bibliografía⁷, que los dolores torácicos no siguen un patrón de presentación influenciado tanto por el mes como la semana del año en que aparecen.

De estos datos destaca la mayor prevalencia de presentación atípica en pacientes no diabéticos frente a lo descrito por otros autores^{5,8-10}, pudiendo deberse este resultado en los pacientes diabéticos a que nuestra muestra sólo recogía a 26 pacientes, lo que representa un 21,1% de los pacientes diagnosticados de dolor torácico de origen coronario.

Al analizar la influencia del tabaquismo activo como factor de riesgo cardiovascular¹²⁻¹⁴ fundamental en el desarrollo de patología coronaria, en nuestro estudio la forma de presentación del dolor torácico de origen isquémico fue atípica en un 63% de los casos en pacientes fumadores, frente a un 43,3% en pacientes no fumadores. Ello apoya la necesidad de la realización de pruebas complementarias¹⁵⁻¹⁷, en los dolores torácicos de presentación

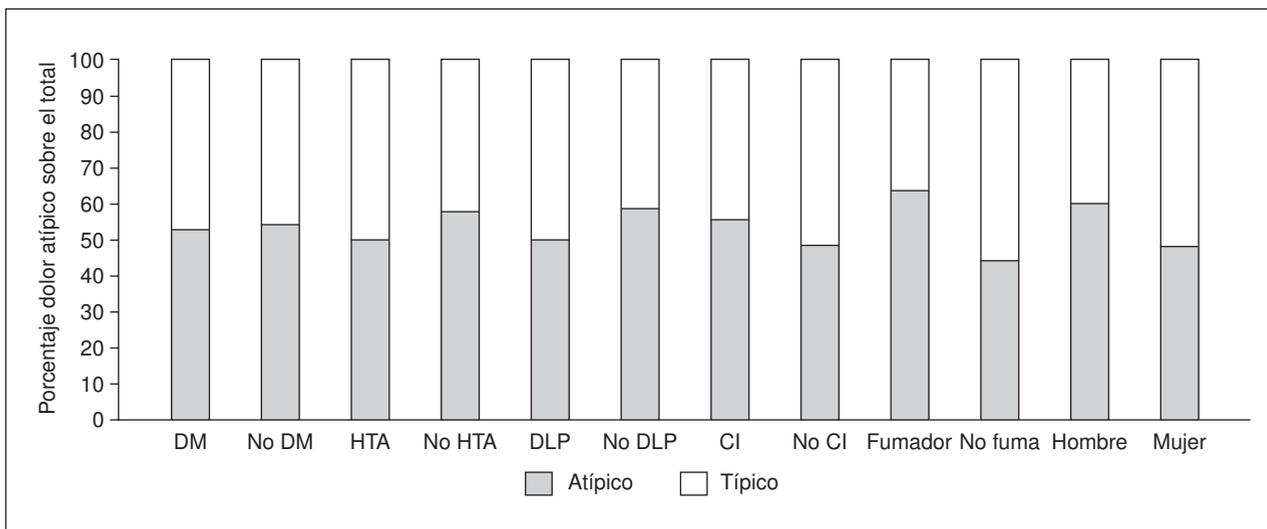


Figura 3. Porcentaje de dolores torácicos de presentación atípica en función de factores de riesgo cardiovascular. DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; DLP: dislipidemia; CI: antecedentes de cardiopatía isquémica.

atípica, máxime en aquellos pacientes en los que el tabaquismo está presente entre sus factores de riesgo cardiovascular.

En nuestro trabajo el dolor torácico de origen isquémico se presenta de forma atípica con mayor frecuencia en hombres, lo que parece no ajustarse a lo descrito por otros autores¹⁸, según los cuales este dolor torácico se presenta en hombres de forma típica.

En cuanto a los meses del año en los cuales se presenta mayor número de casos de IAM o angina, no se confirma la hipótesis aceptada de que los dolores torácicos de origen coronario se presentan en mayor porcentaje durante los meses de invierno; esta discordancia puede ser debida a que, a pesar de haber analizado todos los casos de dolor torácico de origen coronario que acudieron a urgencias en los meses señalados, la muestra, al igual que ocurre con los pacientes diabéticos, puede resultar insuficiente.

Respecto a la forma de derivación de los pacientes, un 63,6% fueron atendidos en un primer momento en un servicio de Atención Primaria, esto nos hace ver que el dolor torácico es también uno de los motivos de consulta más frecuente en las urgencias de estos servicios¹⁹.

Al analizar los factores de riesgo cardiovascular que presentaban los pacientes cuyo diagnóstico final fue IAM o ángor cabe destacar la elevada prevalencia de al menos un factor de riesgo, lo cual apoya aún más la importancia de la anamnesis en la historia clínica a la hora de orientar la categorización del dolor^{20,21}.

En definitiva, la presentación atípica del dolor torácico de origen coronario es muy frecuente y, aunque puede asociarse a determinadas características del paciente, no parece obedecer a un perfil determinado, lo que nos obliga a no descartar de inicio el posible origen coronario de cualquier dolor torácico y por tanto a realizar en todos una completa valoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acedo MS, Ayuso H, Díaz A. Dolor torácico. En: Acedo MS, Barrios A, Díaz Simón R, Orche S, Sanz García RM, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del Hospital 12 de Octubre. 4ª ed. Madrid:2000; p. 73-80.
2. Zabaleta M. Dolor torácico. En: García-Moncó JC, editor. Manual del Médico de Guardia del Hospital Marqués de Valdecilla. 4ª ed. Madrid: 1998; p. 141-7.
3. Lázaro E, Rodríguez-Padial L. Dolor torácico. En: Julián A, editor. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Complejo Hospitalario de Toledo. 1ª ed. Toledo: 2001; p.73-80.
4. Wu EB, Chambers JB. Chest pain: in tre history Useful? *Int J Clin Pract* 2000;54(2):74.
5. Sheifer S, Teri A, Gersh D. Unrecognized myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2001;153(9):801-11.
6. Canto J, Shlipak M, Rogers W, Malmgren J, Frederik P, Lambrew C, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000;284(24):283.
7. Milner K.A, Funk M, Richards SM, Wilmes RM, Vaccarino V. Gender differences in symptom presentation associated with coronary hearth disease. *Am J Med Sci* 1999;318(3):142-5.
8. Goldman L. Dolor torácico y palpitaciones. En: Harrison, editor. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: 1998; p. 67-73.
9. Sheifer S, Teri A, Gersh D. Unrecognized myocardial infarction. *Ann Intern Med* 2001;135(9):801-11.
10. Cohn PF. Silent myocardial inchemia in patiens with a defective anginal warning system. *Am J Cardiol* 1980;45:2373-82.
11. Bassan R, Scofano M, Gamarski R, Dohmann H. Chest pain en the emergency room. Importance of a systematic approach. *Arq Bras Cardiol* 2000;74(10):13-29.
12. Kannel WB, Abbott RD. Incidence and prognosis of unrecognized myocardial infarction. An update on the Framinghan study. *N Engl J Med* 1984;311:1144-7.
13. Canto JG, Shlipak MG, Rogers WJ, Malmgren JA, Frederick PD, Lambrew CT, et al. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000;283:3223-9.
14. Medalie JH, Goldbourt U. Unrecognized myocardial infarction; five-year incidence, mortality, and risk factors. *Ann Intern Med* 1976;84:526-31.
15. Desai B, Seaberg DC. The utility of routine electrolytes and blood cell counts in patients with chest pain. *Am J Emerg Med* 2001;19(3):196-8.
16. Parrilla P, Franco JM, Casado JL. Dolor torácico. En: Moya Mir M, Actuación en Urgencias de Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: 1995; p. 111-7.
17. Mathew T, Menown I, Smith B, Smye M. Diagnosis and risk stratification of patients with anginal pain and non-diagnostic electrocardiograms. *QJM* 1999;92(10):565-71.
18. Jonsdottir LS, Sigfusson N, Sigvaldason H, Thorgeirsson G. Incidence and prevalence of recognised and unrecognised myocardial infarction in women. The Reykjavid Study. *Eur Heart J* 1998;19: 1011-8.
19. Garaikoetxea A, Vinyoles E, Pareja C, Davins J, Calvet S, Zabaleta E. Dolor precordial agudo: 100 casos en 3 años. *Aten Primaria* 2000;25(5):335-8.
20. Lampe FC, Whinjcup PH, Shaper AG. Variability of angyna symptoms and the risk of major ischemic heart disease events. *Am J Epidemiol* 2001;153(12):1173-82.
21. Center JG, Shlipen MG, Roger WJ. Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction per-senting without chest pain. *JAMA* 2000;283:3223-9.